



HAL
open science

Prise en charge de l'incontinence urinaire en ante-partum : étude descriptive auprès des sages-femmes

Gallienne Poisson

► To cite this version:

Gallienne Poisson. Prise en charge de l'incontinence urinaire en ante-partum : étude descriptive auprès des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01441145

HAL Id: dumas-01441145

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01441145>

Submitted on 19 Jan 2017

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**Prise en charge de
l'incontinence urinaire en
ante-partum:
étude descriptive auprès des
Sages-femmes**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Présenté et soutenu par
Gallienne POISSON
Sous la direction de
Mme Christiane ROUX - Assesseur Maïeutique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études de Maïeutique.

En premier lieu, Madame Roux, Assesseur Maïeutique à la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille et directrice de ce mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie également Brigitte Emmery et Sylvie Henrard, sages-femmes enseignantes, pour leur soutien et leur investissement pendant ces deux années de travail autour de ce mémoire, ainsi que Romain Demailly, sage-femme, pour son aide précieuse en statistiques.

Je remercie les sages-femmes cadres, et le secrétariat du réseau Ombrel pour leur accord concernant la diffusion de mon questionnaire ainsi que leur aide active dans celle-ci.

Enfin, j'adresse un merci plus spécial aux sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

Table des matières

I. Introduction	3
II. Matériel et méthode	7
III. Résultats	9
III.1. Définition de l'échantillon	9
III.2. Caractéristiques générales des sages-femmes	9
III.3. Recherche des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire	10
III.4. Information périnéale des patientes en présence de facteurs de risque d'incontinence urinaire	14
III.5. Education comportementale	14
III.6. Lieu privilégié pour la prise en charge de ces situations	18
III.7. Prise en charge face à une situation avérée d'incontinence urinaire	18
III.8. Les difficultés des sages-femmes liées à cette problématique	20
IV. Discussion	23
IV.1. Limites et points forts de l'étude	23
IV.2. Prise en charge des situations à risque d'incontinence urinaire par les sages-femmes	23
IV.3. Prise en charge d'une situation avérée d'incontinence urinaire	29
IV.4. Difficultés des sages-femmes face à cette problématique	30
IV.5. Ouverture, pistes de réflexion	32
V. Conclusion	33

Glossaire

¹ HAS: Haute Autorité de Santé

² CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

³ Ombrel: Organisation Maman-Bébé de la Région Lilloise, réseau de périnatalité de la métropole lilloise

⁴ IU: Incontinence urinaire

⁵ CNSF: Conseil National des Sages-femmes Françaises

⁶ SF: Sages-femmes

⁷ RP: Rééducation périnéale

⁸ DE: Diplôme d'Etat

I. Introduction

L'incontinence urinaire est définie par "toute perte involontaire d'urine par l'urètre, dont se plaint la patiente, démontrée à l'examen clinique" (International Continence Society 2002). Il en existe deux types:

- L'incontinence urinaire d'effort: fuite involontaire d'urine provoquée par un effort (toux, éternuement, rire, port de charge, sports): elle est incontrôlable et non précédée d'un besoin d'uriner.
- L'incontinence urinaire par urgenturie: fuite involontaire d'urine de quantité variable déclenchée par un besoin soudain, brutal et irrépressible qu'il est difficile ou impossible de différer. C'est un besoin anormal par sa brutalité et son intensité.
- L'incontinence urinaire mixte: elle combine les deux types précédents.

Les symptômes de l'incontinence urinaire sont les pertes d'urine en dehors d'efforts de poussée, les pertes d'urine à l'effort, l'instabilité vésicale avec des besoins impérieux et des facteurs psychiques ou extérieurs déclenchants, les troubles mictionnels: pollakiurie, dysurie (faiblesse du jet, miction par poussée, sensation de vidange incomplète, gouttes retardataires), nycturie. Il peut s'agir parfois de l'association des deux types de symptômes.

L'incontinence urinaire est un problème de Santé publique. Ses symptômes apparaissent ou sont aggravés par la grossesse [1]. En effet, l'hypermobilité cervico-urétrale liée à l'étirement des ligaments pubo-urétraux, et l'élongation des muscles releveurs de l'anus et du nerf pudendal favorisent l'incontinence urinaire d'effort aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de grossesse, y compris chez une patiente primipare.

Actuellement, cette incontinence n'est pas associée à des conséquences obstétricales particulières, mais son existence en cours de grossesse est un facteur de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du postpartum et/ ou à distance [2]. Très peu d'études ont été consacrées à évaluer la prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme jeune, mais des chiffres allant de 26% à 58, 4% ont été rapportés [3,4].

Nous disposons néanmoins de certains moyens d'actions, comme la rééducation périnéale ante et post-natale.

En effet, selon les recommandations du CNGOF¹ [2], la rééducation prénatale améliore l'incontinence urinaire pendant la grossesse et diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à 3

mois du post-partum. En revanche elle ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme (NP2).

De plus, les recommandations rappellent que la rééducation périnéale par renforcement musculaire du plancher pelvien est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré- et postnatale.

Pour autant, la rééducation périnéale post-natale systématique n'est pas recommandée (grade C).

Selon la HAS² [5], les protocoles de rééducation périnéo-sphinctérienne, qu'ils soient débutés en ante ou en post-partum, montrent une efficacité sur la prévalence de l'incontinence urinaire, quels que soient les protocoles de rééducation.

Ainsi, l'incontinence urinaire chez la femme enceinte est un problème majeur pour lequel nous disposons de plusieurs moyens afin de le contrer. D'ailleurs, il existe des moyens d'action avant même que l'incontinence urinaire soit installée [6]. Ils reposent avant tout sur la recherche des facteurs de risque de l'incontinence urinaire.

Les recommandations de l'HAS et l'étude d'Anne Battut [7] identifient plusieurs facteurs de risque d'incontinence urinaire ainsi que l'existence d'une prévention primaire.

La Haute Autorité de Santé [5] identifie les facteurs de risque d'incontinence urinaire comme liés à l'histoire obstétricale et gynécologique des patients, ainsi qu'à leur poids, leur activité physique et leur âge. Elle ajoute aussi que l'incontinence urinaire peut également être liée ou aggravée par:

- les atteintes urinaires et vaginales de type infectieux,
- les troubles anaux et du transit,
- le diabète insipide,
- les erreurs hygiéno-diététiques,
- la prise de certains médicaments
- et toutes les causes de toux, d'oedèmes, et de réduction de la mobilité.

Selon la HAS, il est recommandé de rechercher une incontinence urinaire chez une femme consultant en médecine générale lorsque le motif de consultation est en rapport avec la sphère urogénitale, notamment lors d'un examen pré- ou post-natal.

Il est donc clairement recommandé de rechercher une incontinence urinaire pendant la grossesse.

Anne Battut [7] ajoute d'autres facteurs de risque, liés à la période du travail et de l'accouchement: le poids fœtal, le déroulement du travail et de l'expulsion, la présentation, les interventions obstétricales (manœuvres et extractions instrumentales).

Elle propose dans son étude des moyens de dépister les situations à risque (interrogatoire, testing, recherche de l'hypermobilité du col cervico-urétral, d'une IUE³ à la toux, d'un prolapsus), confirmés par le *Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale* publié par le CNSF [8].

Après avoir identifié les facteurs et les situations à risque d'incontinence urinaire, découvrons les moyens d'action disponibles.

Anne Battut [7] propose un programme de prévention primaire basé d'une part sur l'éducation périnéale, et d'autre part sur l'éducation comportementale.

L'éducation périnéale est un programme de renforcement musculaire comportant trois axes:

- une information sur l'anatomie et la physiologie périnéale; En effet, les femmes ne connaissent pas leur périnée (la moitié d'entre elles ne le visualisent pas du tout, n'osant pas le regarder [13]) et l'évaluation de l'hygiène de vie révèle souvent des dysfonctionnements [14,15].
- une formation pratique fondée sur des exercices de renforcement du plancher pelvien: contractions périnéales de cinq à six secondes, au moins 20 fois par jour; contractions périnéales rapides; massage périnéal.
- une gestion des pressions intra-abdominales grâce au verrouillage du périnée à l'effort.

L'efficacité de ce programme a été démontrée, pour les exercices de plancher pelvien et de gestion des pressions intra-abdominales, par l'analyse comparative publiée par la Cochrane Collaboration en 2009. En effet, les études réalisées [9-11] permettent d'affirmer une amélioration significative de l'incidence de l'incontinence urinaire à court et moyen terme (pendant la grossesse et 3 à 6 mois après la naissance), chez des femmes primipares présentant des facteurs de risques sans symptomatologie d'incontinence urinaire. Ces dernières ont reçu une information et ont suivi un programme de renforcement musculaire basé sur les exercices de plancher pelvien, dès 18 à 20 semaines de grossesse.

En ce qui concerne les femmes primipares et multipares atteintes d'une incontinence urinaire prénatale, il est retrouvé une amélioration significative de l'incidence de l'incontinence urinaire à court terme selon l'étude de Sampsel et al. [12]. Et selon l'étude de Morkved S. [9], une amélioration significative est aussi observée entre trois et six mois après la naissance pour ces mêmes femmes.

Dans ces essais, aucune conclusion n'a été émise concernant les multipares.

Pour Anne Battut, cette éducation périnéale se complète par un autre moyen d'action: l'éducation dite "comportementale" [7]. Celle-ci est composée:

- d'une éducation mictionnelle et défécatoire, visant à réduire le poids vésical et les efforts de poussée délétères sur le périnée.
- d'une éducation alimentaire et à l'hygiène de vie permettant de lutter contre l'urgenterie, la constipation et les causes de toux.
- d'une éducation physique et sportive des femmes dont le but serait de limiter la sédentarité mais aussi les sports et pratiques extrêmes favorisant l'incontinence urinaire.

En ce qui concerne l'éducation comportementale, les propositions d'Anne Battut sont retrouvées chez plusieurs auteurs [16-18] et ont été intégrées au Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire [14], publié par le Ministère de la Santé et des Solidarités en 2007.

D'une part, il existe un cadre de prévention et prise en charge de l'incontinence urinaire bien défini par les recommandations de l'HAS de 2003 ainsi qu'un programme de prévention primaire établi, entre autres, par Anne Battut.

D'autre part, les sages-femmes exercent la surveillance médicale de la grossesse, mais ont aussi un rôle de prévention et d'éducation. [19,20]

Mais qu'en est-il de la réalité sur le terrain? Existe-t-il un décalage entre les recommandations et la pratique quotidienne des sages-femmes?

D'où la question de recherche suivante:

Face aux situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire pendant la période prénatale, qu'en est-il de la prise en charge par les sages-femmes?

L'objectif principal sera d'identifier la prise en charge proposée par les sages-femmes aux femmes enceintes présentant des facteurs de risque et/ou une situation avérée d'incontinence urinaire.

L'objectif secondaire sera de recueillir les difficultés des sages-femmes face à cette problématique.

II. Matériel et méthode

L'étude est de type prospective, descriptive, multicentrique, quantitative.

La période d'enquête était comprise entre le 12 Octobre et le 9 Décembre 2015.

La population interrogée comprenait les sages-femmes exerçant en consultations prénatales, que ce soit en exercice libéral ou hospitalier, du réseau Ombrel⁵.

Etaient incluses toutes les sages-femmes en activité pendant la période de l'étude, soit 95 sages-femmes libérales et 35 sages-femmes hospitalières de 6 maternités publiques et une maternité privée d'intérêt collectif du réseau Ombrel.

Les critères de jugement étaient:

- le respect des recommandations de l'HAS comportant:
 - o la recherche des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire par les sages-femmes pendant la grossesse
 - o la prise en charge d'une situation à risque ou avérée d'incontinence urinaire par les sages-femmes
- la comparaison entre le dépistage et la prise en charge des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire par les sages-femmes avec leur année d'obtention du diplôme d'Etat, ainsi que leur formation de rééducation périnéale
- l'existence de difficultés relevées par les sages-femmes.

L'outil était un questionnaire [Annexe I] composé de 27 questions, dont 3 à réponses fermées, 3 à réponses ouvertes et 21 à réponses semi-ouvertes.

Les questions 1 à 5 permettaient de caractériser les sages-femmes. Les questions 6 à 9 portaient sur la recherche ou non de facteurs de risque d'incontinence urinaire par les sages-femmes, pendant la grossesse. Les questions 10 à 20 renseignaient sur la conduite des sages-femmes face à la présence de facteurs de risque d'incontinence urinaire chez leur patiente.

Les questions 21 à 23 témoignaient de la prise en charge des sages-femmes face à une situation avérée d'incontinence urinaire pendant la grossesse. Enfin, les questions 24 à 27 permettaient de mettre en évidence l'existence de difficultés rencontrées par les sages-femmes face à cette problématique.

Ce questionnaire a été adressé aux sages-femmes libérales grâce à la mailing-list de diffusion du réseau Ombrel, sous format informatisé, via un formulaire Google Doc. Ce formulaire permettait un recueil de données automatique sur Excel.

Les sages-femmes hospitalières des maternités du réseau Ombrel ont eu accès à ce questionnaire sous format papier. Le recueil des données s'est donc fait manuellement, afin de regrouper toutes les réponses sur un même fichier Excel. Deux relances ont été effectuées dans chaque maternité, et les sages-femmes libérales ont été relancées une fois par mail grâce au réseau Ombrel.

En ce qui concerne la méthode d'analyse, nous avons utilisé le logiciel Excel ainsi que le logiciel BiostaTGV. Nous avons utilisé le test statistique du Chi², calculé pour un risque $\alpha=0,05$ lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5; et le test exact de Fisher lorsqu'un au moins des effectifs était inférieur ou égal à 5.

Devant la petite taille de l'échantillon, nous avons choisi de regrouper les réponses "jamais" et "occasionnellement" en une catégorie intitulée "peu fréquent", et les réponses "souvent" et "toujours" en une catégorie intitulée "fréquent", afin d'augmenter les effectifs et, par conséquent, d'optimiser l'analyse statistique.

Une autorisation préalable à la réalisation de cette enquête devait être obtenue auprès du réseau Ombrel et auprès de la sage-femme coordinatrice de chaque maternité. Cette demande d'autorisation figure en Annexe II.

Les lieux, personnes et données ont été anonymisés.

III. Résultats

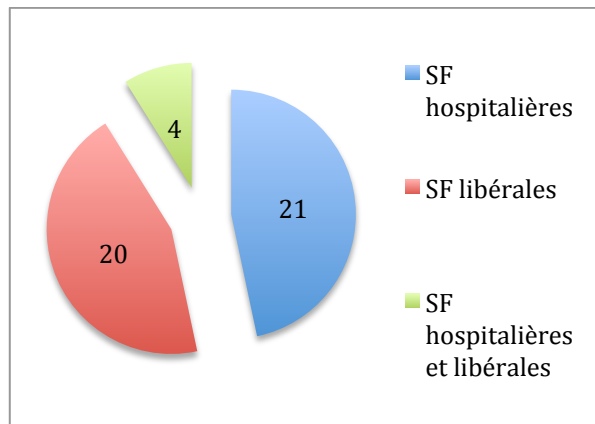
III.1. Définition de l'échantillon

130 questionnaires ont été diffusés, et 45 réponses nous sont parvenues, soit un taux de réponse de 35%. 35 des questionnaires ont été déposés dans 7 maternités du réseau Ombrel, 22 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 64%. 23 réponses au questionnaire ont été enregistrées parmi les 95 sages-femmes libérales, soit un taux de réponse de 24%. L'effectif total est donc de 45 sages-femmes.

Dans la présentation des résultats, l'effectif de sages-femmes est constant à 45.

III.2. Caractéristiques générales des sages-femmes

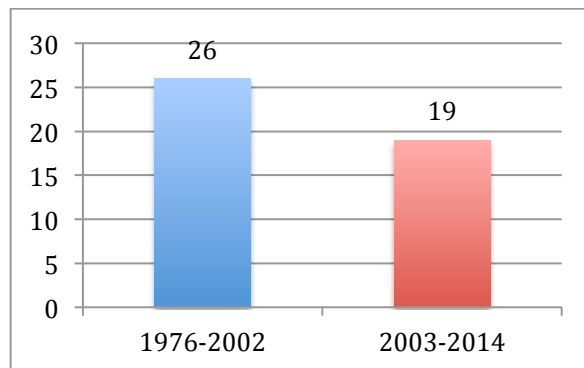
- Type d'exercice



Graphique 1: Répartition des SF⁶ en fonction de leur type d'exercice

La répartition des sages-femmes libérales et hospitalières est homogène. Seule une minorité (10%) pratique les deux modes d'exercice.

- Année d'obtention du diplôme de Sage-femme



Graphique 2 Répartition en fonction de l'année d'obtention du diplôme

Les sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire ont été diplômées entre 1976 et 2014. Elles sont réparties en deux groupes: celles dont l'année d'obtention du diplôme précède l'année 2003, et celles qui ont été diplômées à partir de 2003. En effet, l'année 2003 correspond à la publication des recommandations de l'HAS à propos de la prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme adulte en médecine générale. Nous observons une certaine homogénéité dans la représentation de chaque tranche.

- Formation et pratique de la rééducation du périnée

Tableau I: Répartition des SF en fonction de leur formation et de leur pratique de la rééducation périnéale

	Pratique fréquente de la RP ⁷	Formation de RP
SF exerçant en libéral	26	25
SF hospitalières	0	1

- Prévalence des sages-femmes exerçant la rééducation périnéale:

Dans notre échantillon, 26 sages-femmes exercent la rééducation périnéale, en libéral. Aucune sage-femme exerçant en milieu hospitalier ne pratique la rééducation périnéale.

- Prévalence des sages-femmes ayant une formation de rééducation périnéale:

Dans notre échantillon, 25 de ces 26 sages-femmes possèdent une formation de rééducation périnéale. Or, ces 25 sages-femmes exercent en libéral.

Le groupe des sages-femmes exerçant la rééducation périnéale et celui de celles qui ont une formation de rééducation périnéale étant semblables, nous choisirons donc de comparer seulement celles qui ont une formation de rééducation périnéale et celles qui n'en ont pas.

III.3. Recherche des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire

Pour rappel, nous avons décidé de regrouper dans l'item "peu fréquent" les réponses "occasionnellement" et "jamais", et dans l'item "fréquent" les réponses "souvent" et "toujours".

- L'interrogatoire au cours d'une consultation prénatale, de manière générale

Tableau II: Répartition des SF en fonction de la recherche des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire

(Plusieurs réponses possibles)

	Peu fréquent	Fréquent
Information sur les troubles périnéo-sphinctériens	29	16
Recherche des facteurs de risque	29	16
Recherche IU par urgenturie	28	17
Recherche IU à l'effort	20	25
Recherche pollakiurie	20	25
Recherche dysurie	32	13
Recherche nycturie	31	14

Dans notre échantillon, un peu plus de la moitié des sages-femmes recherchent l'incontinence à l'effort et la pollakiurie. Les autres items sont peu recherchés et/ou utilisés par la plupart des sages-femmes.

Nous avons souhaité comparer les réponses des sages-femmes à leur année d'obtention du diplôme d'Etat ainsi qu'à leur formation ou non de rééducation périnéale. Pour cela, nous avons réalisé le test exact de Fisher.

Tableau III: Comparaison entre l'information à propos des troubles périnéo-sphinctériens, la date du DE⁸, et la formation de RP

Information sur les troubles périnéo-sphinctériens		Peu fréquent	Fréquent	Fisher
DE	1976-2002	12	14	0,01
	2003-2014	16	3	
RP	oui	13	12	0,13
	Non	15	5	

Les résultats montrent qu'il existe une différence significative, donc un lien entre l'information donnée aux patientes à propos des troubles périnéo-sphinctériens pendant la grossesse et la date d'obtention du diplôme d'Etat ($p=0,01$). Nous observons que les sages-femmes diplômées avant 2003 informent plus fréquemment à propos des troubles périnéo-sphinctériens pouvant survenir pendant la grossesse.

Il n'existe pas de différence significative ($p=0,13$), donc pas de relation entre la formation de rééducation périnéale chez les sages-femmes et la fréquence à laquelle ces dernières informent leurs patientes des troubles périnéo-sphinctériens.

Tableau IV: Comparaison entre la recherche des facteurs de risque d'IU, la date du DE, et la formation de RP

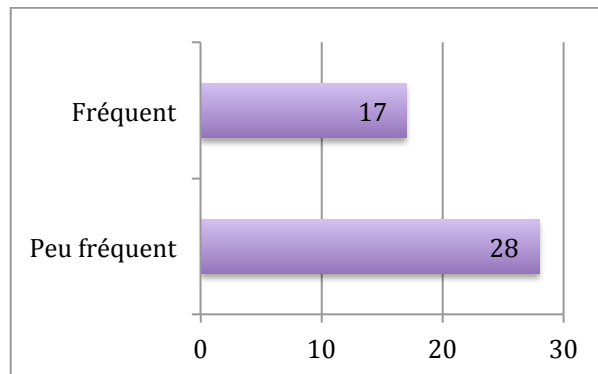
		Facteurs de risque		
		Peu fréquent	Fréquent	Fisher
DE	1976-2002	13	13	0,03
	2003-2014	16	3	
RP	oui	13	12	0,07
	non	16	4	

Il existe un lien ($p=0,03$) entre la fréquence de la recherche des facteurs de risque d'incontinence urinaire chez les patientes par les sages-femmes, et la date d'obtention de leur diplôme d'Etat. Dans notre échantillon, les sages-femmes diplômées avant 2003 recherchent plus fréquemment les facteurs de risque d'IU chez leurs patientes que les sages-femmes diplômées à partir de 2003.

Par ailleurs, il n'existe pas de lien entre la formation de rééducation périnéale et la recherche des facteurs de risque d'IU par les sages-femmes ($p=0,07$).

Nous avons décidé de définir la recherche de l'incontinence urinaire par la recherche d'au moins 3 items sur les 5 suivants. Les 2 premiers items sont obligatoires, complétés par un troisième item au choix parmi les trois derniers:

- recherche de l'incontinence urinaire d'effort
- recherche de l'incontinence urinaire par urgenturie
- recherche de la pollakiurie
- recherche de la dysurie
- recherche de la nycturie



Graphique 3 Répartition des sages-femmes en fonction de la recherche de l'IU

A peine 40% des sages-femmes recherchent l'incontinence urinaire de façon fréquente.

Tableau V: Comparaison entre la recherche de l'IU, la date du DE et la formation de RP

		Recherche de l'incontinence urinaire		
		Peu fréquent	Fréquent	Fisher
DE	1976-2002	13	13	0,06
	2003-2014	15	4	
RP	oui	11	14	0,02
	non	16	4	

Les résultats du test du Chi2 montrent qu'il n'existe pas de lien entre la date d'obtention du diplôme d'Etat et la recherche des situations avérées d'incontinence urinaire ($p=0,06$). A contrario, il existe une relation entre la formation de rééducation périnéale chez les sages-femmes et la fréquence à laquelle ces dernières recherchent l'incontinence urinaire chez leurs patientes, lors des consultations prénatales ($p=0,02$). Ainsi, les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation de rééducation périnéale recherchent plus fréquemment l'incontinence urinaire que celles qui ne l'exercent pas.

- L'examen clinique lors d'une consultation prénatale de manière générale

Tableau VI: Utilisation des éléments de l'examen clinique par les sages-femmes

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui
Observation de la statique globale	13
Tonicité de la sangle abdominale	16
Présence d'un diastasis	5
Morphologie de la vulve	26
Distance ano-vulvaire	24
Cicatrices vulvaires	34
Réalisation d'un testing	14
Recherche d'un prolapsus	25

L'examen clinique est majoritairement dirigé vers le périnée. Nous observons que l'abdomen est moins exploré par les sages-femmes, comme le montre la recherche du diastasis qui n'est réalisée que par 5 sages-femmes sur 45.

III.4. Information périnéale des patientes en présence de facteurs de risque d'incontinence urinaire

Tableau VII: Utilisation des différentes conduites à tenir par les sages-femmes en présence de facteurs de risque d'IU

(Plusieurs réponses possibles)

	Peu fréquent	Fréquent
Anatomie et physiologie	26	19
Exercices de renforcement musculaire	34	11
Verrouillage du périnée à l'effort	14	31

Devant une situation à risque d'incontinence urinaire en ante-partum, un peu moins de 75% des sages-femmes expliquent le verrouillage du périnée à l'effort.

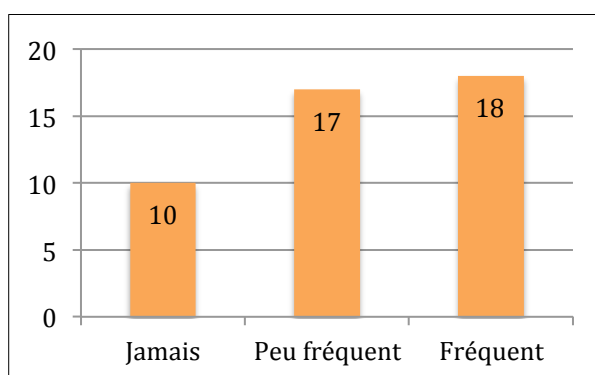
En revanche, l'information à propos de l'anatomie et de la physiologie périnéales ainsi que la proposition d'exercices de renforcement musculaire sont peu utilisés.

III.5. Education comportementale

Par les questions 14 à 20, nous avons cherché à savoir si les sages-femmes mettaient en place l'éducation comportementale face à la présence de facteurs de risque d'incontinence urinaire. Pour les résultats suivants, nous avons décidé d'individualiser les réponses "jamais" à la dispensation des conseils comportementaux afin d'identifier l'absence d'éducation comportementale par les sages-femmes.

a. Education mictionnelle et défécatoire

- Conseils mictionnels et défécatoires



Graphique 4: Répartition des SF par rapport à la dispensation des conseils mictionnels et défécatoires

40% des sages-femmes pratiquent régulièrement l'éducation mictionnelle et défécatoire, 20% ne la pratiquent jamais.

Tableau VIII: Comparaison entre la dispensation des conseils mictionnels et défécatoires, la date d'obtention du DE, et la formation de RP

		Peu fréquent	Fréquent	Fischer
DE	1976-2002	14	12	0,37
	2003-2014	13	6	
RP	oui	11	14	0,02
	non	16	4	

Les résultats nous indiquent qu'il existe un lien entre la formation de rééducation périnéale chez les sages-femmes et la fréquence d'utilisation des conseils mictionnels et défécatoires ($p=0,02$). Celles qui ont suivi une formation de rééducation périnéale proposent plus fréquemment les conseils mictionnels et défécatoires que les sages-femmes qui ne la pratiquent pas. En revanche, il n'existe aucun lien entre ces conseils et la date d'obtention du diplôme d'Etat ($p=0,37$).

- Quels conseils?

Tableau IX: Dispensation des conseils mictionnels et défécatoires par les sages-femmes

L'effectif interrogé est de 35 sages-femmes, étant donné que 10 sages-femmes ne dispensent jamais de conseils mictionnels et défécatoires.

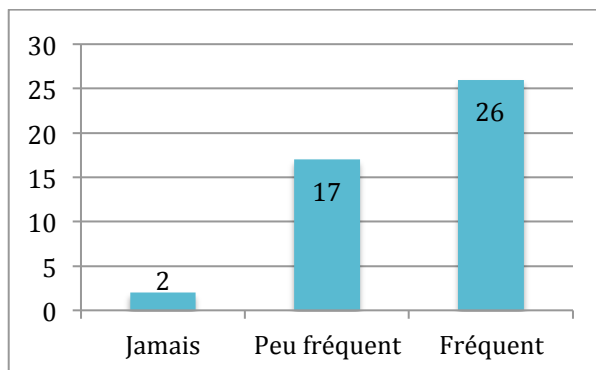
(Plusieurs réponses possibles)

	Oui (sur 35)
"Ne pas se retenir"	23
"Position correcte: genoux plus hauts que le bassin"	24
"Prendre son temps et y aller quand le besoin se fait sentir"	27
"Remplacer la poussée par une expiration freinée"	12

Les conseils mictionnels et défécatoires proposés sont connus et utilisés par plus de la moitié des sages-femmes. Le dernier item qui consiste à conseiller de remplacer la poussée par une expiration freinée n'est utilisé que par 30% d'entre elles.

b. Education alimentaire et hygiène de vie

- Conseils alimentaires



Graphique 5: Répartition des SF en fonction de la pratique de l'éducation alimentaire et d'hygiène de vie

En ce qui concerne les conseils alimentaires et d'hygiène de vie, ils sont fréquemment dispensés par plus de la moitié des sages-femmes. Seules 2 sages-femmes ne pratiquent jamais cette éducation.

Tableau X: Comparaison entre la date d'obtention du DE, la formation de RP et la délivrance des conseils alimentaires et d'hygiène de vie

		Peu fréquent	Fréquent	Fischer
DE	1976-2002	11	15	0,99
	2003-2014	8	11	
RP	oui	11	14	0,79
	non	8	12	

Les résultats montrent qu'il n'existe pas de relation entre la délivrance des conseils alimentaires et d'hygiène de vie, et la date d'obtention du diplôme d'Etat ($p=0,99$). Il n'existe pas non plus de lien entre la formation de rééducation périnéale et l'utilisation de ces conseils ($p=0,79$).

- Quels conseils?

Tableau XI: Utilisation des conseils alimentaires et d'hygiène de vie par les sages-femmes

L'effectif interrogé est de 43 sages-femmes, étant donné que 2 sages-femmes ne pratiquent jamais l'éducation alimentaire et d'hygiène de vie.

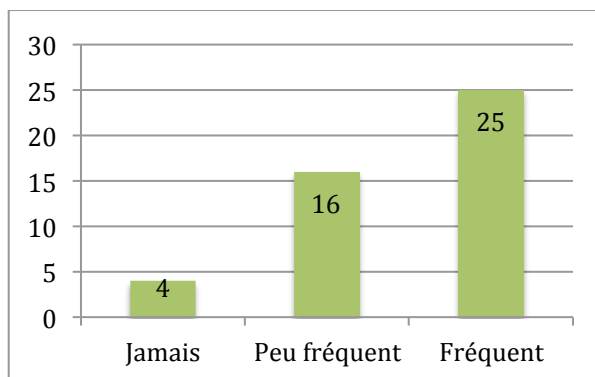
(Plusieurs réponses possibles)

	Oui (sur 43)
Quantité des liquides absorbés	33
Qualité des liquides absorbés	27
Tabagisme et toux chronique	23
Perte de poids chez femmes en surpoids	13

Le conseil de perte de poids chez les femmes en surpoids est prodigué par 30% des sages-femmes. En revanche, la quantité des liquides absorbés est abordée par trois-quarts des sages-femmes.

a. Information à propos de l'activité physique

- Conseils d'activité physique



Graphique 6: Répartition des sages-femmes en fonction de la dispensation de conseils d'activité physique

Plus de la moitié des sages-femmes dispensent des conseils d'activité physique de façon fréquente.

Tableau XII: Comparaison entre la délivrance de conseils d'activité physique et l'année du DE, et la formation de RP

		Peu fréquent	Fréquent	Fischer
DE	1976-2002	9	17	0,12
	2003-2014	11	8	
RP	oui	11	14	0,95
	non	9	11	

Dans notre échantillon, la fréquence de délivrance des conseils d'activité physique n'est influencée, ni pas la date d'obtention du diplôme d'Etat ($p=0,12$), ni par une formation de la rééducation périnéale chez les sages-femmes ($p=0,95$).

- Quels conseils?

Tableau XIII: Dispensation des conseils d'activité physique par les sages-femmes

L'effectif interrogé est de 41 sages-femmes, étant donné que 4 sages-femmes ne pratiquent jamais l'éducation physique et sportive.

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui (sur 41)
Sports délétères	29
Sports conseillés	40

La quasi totalité des sages-femmes abordent l'éducation physique et sportive avec leurs patientes en leur conseillant de pratiquer des sports "doux".

III.6. Lieu privilégié par les sages-femmes pour la prise en charge de ces situations

Pour l'éducation périnéale:

- 22 sages-femmes profitent de la consultation
- 27 profitent des séances de préparation à la naissance
- 7 utilisent l'entretien prénatal précoce

Pour l'éducation comportementale:

- 27 sages-femmes profitent de la consultation
- 22 profitent des séances de préparation
- 17 utilisent l'entretien prénatal

La répartition est homogène entre les consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance.

III.7. Prise en charge face à une situation avérée d'incontinence urinaire

- Que proposent les sages-femmes?

Nous avons cherché à identifier, par la question 21, la conduite à tenir des sages-femmes face à une incontinence urinaire pendant la grossesse.

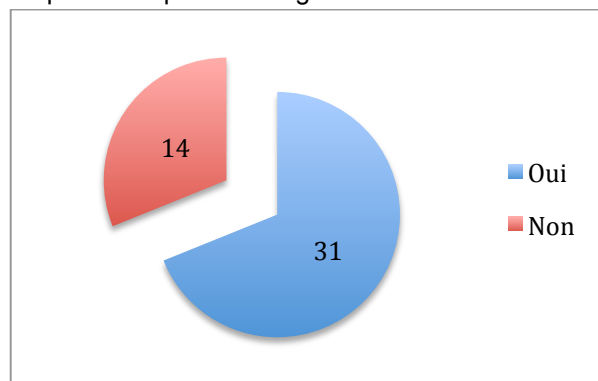
Tableau XIV: Utilisation des différentes conduites à tenir par les sages-femmes (n=45)

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui
Education mictionnelle et défécatoire	22
Education alimentaire et hygiène de vie	13
Information à propos de l'activité physique	17
Education périnéale	27
Exercices de renforcement musculaire	29
Verrouillage du périnée	37

Les sages-femmes sont plus de 80% à proposer le verrouillage du périnée à l'effort à leur patiente lorsque celle-ci présente une incontinence urinaire avérée. Pour autant, elles sont moins d'un quart à proposer une éducation alimentaire et d'hygiène de vie.

- Rééducation périnéale pendant la grossesse



Graphique 7: Répartition des sages-femmes en fonction de leur proposition de rééducation périnéale pendant la grossesse

La question 22 consistait à demander aux sages-femmes si elles proposaient la rééducation périnéale à leurs patientes, lorsque ces dernières présentaient une incontinence urinaire avérée. Deux tiers des sages-femmes la proposent et l'argumentent de la façon suivante:

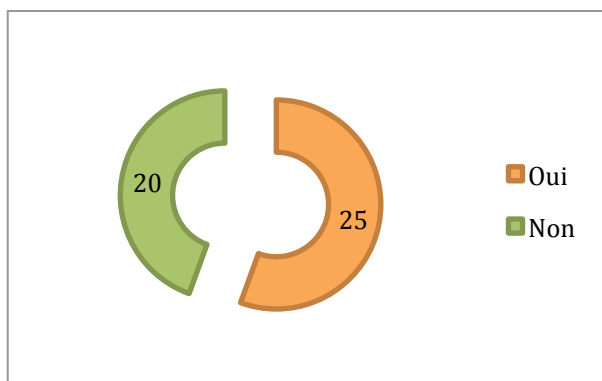
Nous avons voulu connaître leurs motivations à proposer ou non ce moyen d'action:

- pour celles qui la proposent, cette rééducation dans l'ante-partum permet d'améliorer les symptômes d'incontinence urinaire, d'éviter l'aggravation due à l'accouchement et de prendre conscience de son périnée.

- Les 14 sages-femmes qui ne la proposent pas évoquent son peu d'efficacité pendant la grossesse, une évocation trop tardive de ces troubles dans la grossesse, une efficacité de la rééducation qui ne sera que temporaire et qui sera à recommencer après l'accouchement, et l'impact de l'imprégnation hormonale en cours de grossesse relâchant les tissus.

III.8. Les difficultés des sages-femmes liées à cette problématique

Par la suite, nous avons cherché à identifier les potentielles difficultés rencontrées par les sages-femmes face à ces situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire.



Graphique 8: Répartition en fonction de la présence de difficultés pour les SF

Dans notre échantillon, 25 sages-femmes sur 45 ont déclaré rencontrer des difficultés face à cette problématique.

Nous avons cherché ici à comparer la présence de difficultés pour les sages-femmes avec leur date d'obtention du diplôme d'Etat et avec leur formation de rééducation périnéale.

Tableau XV: Comparaison entre les difficultés des SF, la date du DE, et la formation de RP

		Non	Oui	Fischer
DE	1976-2002	12	14	0,94
	2003-2014	9	10	
RP	oui	17	8	0,002
	non	4	16	

Selon le test exact de Fisher, il existe un lien entre la formation de rééducation périnéale et les difficultés rencontrées face aux situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire. Les sages-femmes qui n'ont pas bénéficié d'une formation de rééducation périnéale semblent plus confronter aux difficultés que celles qui pratiquent cette rééducation.

Par ailleurs, il n'existe pas de lien entre la date d'obtention du diplôme d'Etat et les difficultés rencontrées par les sages-femmes face à ces situations.

a. Difficultés liées aux sages-femmes

La question consistait à identifier des difficultés d'organisation, de temps, d'intérêt des sages-femmes.

Tableau XVI: Difficultés rencontrées, concernant les sages-femmes

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui
Aucune difficulté	30
Manque de temps	12
Problématiques plus importantes à traiter	9

Un quart des sages-femmes déclarent manquer de temps pour prendre en charge les situations à risque et avérées d'incontinence urinaire.

b. Difficultés liées aux patientes

La question 26 avait pour but d'identifier des difficultés en lien avec des spécificités des patientes.

Tableau XVII: Difficultés liées aux patientes rencontrées par les sages-femmes

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui
Aucune difficulté	31
Difficultés de compréhension par les patientes	9
Barrière de la langue	8
Manque d'intérêt des patientes pour ce sujet	7

15 à 20% des sages-femmes rencontrent des difficultés de compréhension par leurs patientes, sont limitées par la barrière de la langue, par le manque d'intérêt des patientes pour ce sujet.

c. Difficultés liées à la formation

Enfin, la dernière question cherchait à identifier les difficultés qui, selon les sages-femmes, seraient liées à la formation reçue concernant l'incontinence urinaire pendant la grossesse.

Tableau XVIII: Difficultés liées à la formation rencontrées par les sages-femmes

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui
Aucune difficulté	27
Formation initiale pauvre	22
Formation continue insuffisante	11

La moitié des sages-femmes juge leur formation initiale pauvre, et un quart juge leur formation continue insuffisante.

En résumé, les sages-femmes sont moins de 30% à informer fréquemment leurs patientes à propos des troubles périnéo-sphinctériens et à rechercher les facteurs de risque. Elles sont, en outre, moins de 40% à rechercher fréquemment l'incontinence urinaire avérée en période prénatale.

En présence de facteurs de risque, l'éducation périnéale comporte essentiellement le verrouillage du périnée à l'effort, et plus rarement l'information sur l'anatomie et la physiologie périnéales, ainsi que la proposition d'exercices de renforcement musculaire. L'éducation mictionnelle et défécatoire est mise en place de façon fréquente par 40% de sages-femmes, et n'est jamais utilisée par 20% d'entre elles. L'éducation alimentaire et à l'hygiène de vie, ainsi que les conseils relatifs aux activités physiques et sportives sont, quant à eux, fréquemment pratiqués par plus de 50% des sages-femmes.

Face à une situation avérée d'incontinence urinaire en période prénatale, nombreuses sont les sages-femmes qui forment leurs patientes au verrouillage du périnée à l'effort. Par ailleurs, deux tiers des sages-femmes proposent la rééducation périnéale, mais moins d'un quart pratiquent l'éducation alimentaire et d'hygiène de vie.

Enfin, les sages-femmes sont plus de la moitié à rencontrer des difficultés face à la problématique de l'incontinence urinaire en période prénatale.

IV. Discussion

IV.1. Limites et points forts de l'étude

La principale limite à cette étude est le faible taux de réponses ($n=45$).

En effet, le questionnaire ne s'adressait qu'aux sages-femmes réalisant des consultations prénatales. L'effectif concerné en milieu hospitalier était donc limité ($n_{1SFH}=35$)

De plus, compte tenu du nombre de sages-femmes libérales concernées ($n_{1SFL}=95$), nous avons choisi une diffusion du questionnaire par mail. L'absence de contact direct avec chacune des sages-femmes dans le but de présenter cette étude a probablement influencé le taux de réponses, d'autant plus que celles-ci ont été sollicitées pour participer à plusieurs études au cours de la même période. Nous avons donc enregistré un faible taux de réponses des sages-femmes libérales ($n_{2SFL}=23$).

En outre, le questionnaire étant conséquent, cela a pu aussi limiter le nombre de réponses.

Malgré mes relances, le taux global de réponses est de 35%.

En revanche, la précision des questions, les différentes situations évoquées, et les nombreuses propositions de réponses ont permis d'obtenir un bon reflet de la prise en charge par les sages-femmes et des difficultés rencontrées par ces dernières.

Par ailleurs, un biais retentissant sur les résultats a été identifié. En effet, une différence entre l'organisation des réponses de la version papier et celle de la version informatisée a eu une influence non négligeable sur les résultats. Dans la version papier, lorsque nous demandions si les sages-femmes rencontraient des difficultés face à cette problématique, plusieurs répondaient non. Or, les questions suivantes comportaient des propositions de difficultés, et les sages-femmes en cochaient souvent au moins une, tout en ayant répondu non à la question précédente. La version informatisée ne laissait pas apparaître les propositions de difficultés lorsque la sage-femme répondait ne pas avoir de difficulté face à cette problématique. Nous en concluons donc que si les sages-femmes répondant sur la version informatisée avaient pu tout de même voir les propositions de difficultés, les résultats auraient été différents et plus de difficultés auraient été mises en évidence.

IV.2. Prise en charge des situations à risque d'incontinence urinaire par les sages-femmes

- Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon est composé de 45 sages-femmes diplômées entre 1976 et 2014, dont la répartition est homogène entre celles diplômées avant 2003 ($n_1=26$) et celles diplômées après 2003

(n₂=19). De plus, la répartition est aussi homogène en ce qui concerne le type d'exercice. En effet, 20 sages-femmes exercent en milieu hospitalier, et 21 exercent en libéral.

Seules les sages-femmes exerçant en libéral possèdent une formation en rééducation périnéale et la pratiquent.

Nous disposons donc d'un groupe de sages-femmes hospitalières qui assurent un suivi uniquement ante-natal, et un groupe de sages-femmes libérales assurant le suivi ante-natal mais aussi post-natal, et qui pratiquent toutes la rééducation périnéale du post-partum.

Cet échantillon ainsi réparti va nous permettre de véritablement comparer les pratiques.

- Recherche des situations à risque d'incontinence urinaire et examen clinique

Il existe un intérêt certain d'adopter une démarche préventive face aux troubles périnéosphinctériens dont la prévalence est élevée [21], qui ont pour conséquence une diminution de la qualité de vie, pour lesquels les patientes consultent peu, qui peuvent être symptomatiques d'autres pathologies, et pour lesquels il existe des thérapeutiques efficaces [5]. Selon les recommandations de l'ANAES [5], les facteurs de risque " *sont à rechercher systématiquement*" dans la mesure où " *certains de ces facteurs sont potentiellement réversibles et/ou peuvent bénéficier d'un traitement spécifique.*"

Or, les sages-femmes sont peu nombreuses à entrer dans une démarche préventive, que ce soit à travers l'information donnée aux patientes à propos de l'existence de ces troubles et de leur prise en charge, que par la recherche des facteurs de risque d'incontinence urinaire (Tableau II). Nous remarquons cependant qu'étonnement les sages-femmes diplômées avant 2003 semblent adopter plus facilement cette démarche que les sages-femmes diplômées à partir de 2003 (Tableaux III et IV). Ce constat est surprenant puisque les recommandations à propos de la prise en charge de l'incontinence urinaire sont sorties en 2003. Les sages-femmes diplômées avant 2003 partent peut-être plus à la recherche des actualisations de l'HAS. Par ailleurs, l'expérience des consultations prénatales et la pratique clinique ont sûrement permis à ces sages-femmes de se rendre compte de la difficulté avec laquelle les patientes évoquent ces troubles. Elles ont de même pu acquérir une facilité à proposer des conseils, des exercices permettant de ne pas laisser s'installer l'incontinence urinaire et/ou d'améliorer nettement les symptômes.

La recherche de l'incontinence urinaire et des signes associés (ceux ci permettent d'orienter "(...) *vers une pathologie organique susceptible de déclencher ou d'aggraver une incontinence urinaire et qui peut bénéficier d'un traitement spécifique*"[21]) est fréquemment mise en place par moins de 40% des sages-femmes (Graphique 3). Et ces dernières semblent être en majorité les sages-femmes exerçant la rééducation périnéale (Tableau V).

Etant formées et confrontées quotidiennement à cette problématique dans le post-partum de leurs patientes, elles sont plus disposées à rechercher ces situations puisqu'elles disposent d'outils pour pallier ces situations.

L'examen clinique semble circonscrit au périnée seul pour la majorité des sages-femmes (Tableau VI). Pourtant, la première consultation prénatale semble être le moment idéal pour réaliser un examen clinique complet. En effet, l'examen des seins et l'auscultation cardio-pulmonaire réalisés lors de cette consultation [23] peuvent tout à fait être complétés par un examen de la sangle abdominale, sans contrainte supplémentaire pour la patiente.

La réalisation d'un testing en début de grossesse serait un bon marqueur prédictif du risque d'incontinence urinaire et de prolapsus, et une bonne évaluation de la tonicité de base du périnée.

Dans les recommandations de l'ANAES [22], il est expliqué qu'il faut réaliser cet examen clinique lorsque la patiente a répondu par l'affirmative à la question "*Vous arrive t-il d'avoir des fuites d'urine?*". Dans notre questionnaire, à la question 9, il aurait fallu préciser "*Dans le cas où votre patiente présente une incontinence urinaire, votre examen clinique comporte t-il? (...)*" afin que les réponses soient exploitables par rapport aux données de la littérature.

- Information périnéale des patientes face à des facteurs de risque d'incontinence urinaire

Les sages-femmes sont moins de la moitié à informer les patientes à propos de l'anatomie et de la physiologie périnéale (Tableau VII). Or, afin d'expliquer le verrouillage du périnée à l'effort et d'optimiser l'observance, il faut que la patiente comprenne comment cet exercice agit, sur quoi et pourquoi. En effet, selon l'argumentaire de l'ANAES [22], "*l'information est préalable à toute mise en œuvre de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Elle doit permettre d'expliquer les causes des troubles avec l'aide de planches anatomiques simples, d'exposer les techniques employées, d'obtenir le consentement éclairé de la patiente, et de lui faire comprendre l'importance d'un travail personnel (...)*". Le premier temps d'une éducation en santé passe par l'information. Et celle-ci n'est pas assurée par la moitié des sages-femmes.

Le verrouillage du périnée à l'effort est utilisé par une majorité de sages-femmes (75%). (Tableau VII) Ceci est en accord avec les préconisations de De Gasquet [24] et Devillers [25] qui conseillent à la femme de développer ce réflexe dans sa vie quotidienne afin d'éviter d'exercer de fortes pressions sur son périnée, ce qui conduit à diminuer les descentes d'organe et l'incontinence urinaire. En revanche, les exercices de renforcement musculaire ne sont que très peu utilisés par les sages-femmes. Or, l'argumentaire de l'ANAES concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale [22] insiste sur la rééducation préalable dont "*le but (...) est de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts.*" Il est donc nécessaire de tonifier le périnée par des exercices de renforcement musculaire, avant même de proposer le verrouillage du périnée à l'effort.

L'éducation périnéale est mise en place majoritairement lors de séances de préparation à la naissance, qui se déroulent habituellement au cours du troisième trimestre de grossesse. L'entretien prénatal précoce est quant à lui peu exploité pour cette éducation, mais nous ne savons

pas si toutes les sages-femmes proposent cet entretien. Afin d'optimiser la démarche de prévention, il serait plus judicieux de commencer cette éducation en début de grossesse, lors de l'entretien prénatal précoce ou des premières consultations prénatales.

- Education comportementale

- Education mictionnelle et défécatoire

Les sages-femmes sont plus nombreuses (autour de la moitié) à donner des conseils d'ordre mictionnel et défécatoire à leurs patientes lorsqu'elles présentent des facteurs de risque de développer une incontinence urinaire (Graphique 4).

En ce qui concerne les conseils mictionnels, nombreux sont les guides de la rééducation uro-gynécologique insistant sur l'importance des "techniques comportementales" dans le but de reprogrammer de bonnes habitudes mictionnelles [16,25]. Nombreux sont-ils aussi, concernant la rééducation comportementale autour de la sphère ano-rectale, à faire le lien entre un problème ano-rectal et un problème uro-gynécologique et donc à inciter les professionnels à prêter attention aux habitudes défécatrices de leurs patientes. Par exemple, à prêter attention à "(...) une constipation qui engendre, par les poussées intempestives qu'effectue la patiente, un effet néfaste sur la sphère pelvienne antérieure." [25,26]

Nous avons obtenu un résultat significatif à la comparaison entre la fréquence d'utilisation des conseils mictionnels et défécatrices et la pratique de la rééducation périnéale par les sages-femmes (Tableau VIII). Or, "l'éducation" comportementale étant abordée en formation continue et dans les guides pratiques de rééducation, les sages-femmes pratiquant la rééducation post-natale suggèrent plus facilement de nouvelles habitudes mictionnelles et défécatrices à leurs patientes. Nous mesurons ici l'impact de la formation continue sur la pratique des sages-femmes. Il est donc nécessaire que les sages-femmes continuent de se former tout au long de leur carrière, et que l'offre en la matière soit adaptée et exigeante.

Le conseil qui consiste à remplacer la poussée par une expiration freinée est très peu connu et/ou utilisé par les sages-femmes (Tableau IX). Pourtant, de nombreuses études décrivent la poussée d'exonération (plus particulièrement dans les cas de constipation) comme délétère pour le périnée, ayant un retentissement certain sur la statique pelvienne, et à l'origine de prolapsus génitaux et d'incontinence urinaire [27]. Dans une étude de Spence-Jones [28], des antécédents d'efforts de défécation à l'âge adulte, avant même le développement des troubles uro-gynécologiques, sont retrouvés de façon significative chez des patientes porteuses d'une incontinence urinaire et d'un prolapsus.

Le péristaltisme physiologique du rectum devrait suffire à exonérer les selles, si la patiente n'attend pas que le besoin passe et qu'elle place les genoux plus hauts que le bassin [8]. Suggérer aux patientes, à travers ces conseils, de prendre conscience qu'elles poussent systématiquement lors

de l'exonération, permet de leur faire prêter attention à leur périnée et de limiter les poussées délétères.

- Education alimentaire et d'hygiène de vie

L'intérêt d'une prévention au regard de l'hygiène de vie et de l'hygiène alimentaire est primordial. Selon nos résultats, (Graphique 5) les sages-femmes semblent plus de 50% à participer à cette prévention. Elles suggèrent à leurs patientes de prêter attention aux quantités et à la qualité des liquides qu'elles ingurgitent (Tableau XI). En effet, des "diurèses élevées (> 3litres) peuvent être responsables d'incontinence par débordement, de méga-vessie (...)" [8]; et a contrario, "la sous-hydratation favorise le développement d'infections urinaires, et l'irritation de la muqueuse vésicale par l'hyper concentration des urines diminue par conséquent la capacité fonctionnelle de la vessie" [18].

En ce qui concerne la qualité des boissons, certains liquides (ceux contenant de la caféine, et l'alcool) ont un effet diurétique, qui induit une hyperactivité vésicale.

Les conseils visant à limiter le tabagisme et la toux chronique ne sont proposés fréquemment aux patientes que par la moitié des sages-femmes (Tableau XI). Or, le lien est réel puisque les pathologies respiratoires associées à une toux chronique sont responsables d'hyperpression intra-abdominale. Le tabagisme et la toux chronique sont considérés comme des facteurs de risques de troubles de la statique pelvienne, dont l'incontinence urinaire. Une étude australienne s'intéressant à la prévalence des troubles de la statique pelvienne et ses liens avec le genre, l'âge, la parité, et le mode d'accouchement [29], établit un lien, de façon significative, entre l'augmentation de la prévalence des troubles de la statique pelvienne et la présence d'une toux chronique chez les patientes.

Il en va de même pour l'obésité qui n'est prise en compte que par un quart des sages-femmes (Tableau XI). Dans l'étude australienne [29], les femmes obèses présentent un risque significativement augmenté de troubles de la statique pelvienne par rapport aux femmes ayant un indice de masse corporelle inférieur à la normale. L'obésité est donc à prendre en compte même si par ailleurs, la perte de poids est liée de façon complexe à de multiples facteurs.

L'absence de lien entre la fréquence de ces conseils, la date d'obtention du diplôme d'Etat et la pratique de la rééducation périnéale (Tableau XII) met en évidence le fait qu'avoir été diplômée avant ou à partir de 2003 et d'exercer ou non la rééducation périnéale, ne change rien à la fréquence d'utilisation de ces conseils. Or, ils ne sont utilisés fréquemment que par la moitié des sages-femmes. Ceci peut s'expliquer par une carence de la formation initiale mais aussi de la formation continue concernant les facteurs de risque que constituent de mauvaises habitudes alimentaires et une mauvaise hygiène de vie.

- Information à propos de l'activité physique

20 sages-femmes sur 45 déclarent ne jamais dispenser ou occasionnellement de conseils relatifs aux activités physiques et sportives. Les sages-femmes connaissent-elles donc vraiment les bienfaits du sport "doux" et son effet protecteur pour le périnée?

En effet, limiter la sédentarité par la pratique de sports "doux" entre dans la continuité des conseils d'hygiène de vie visant la perte de poids chez les femmes obèses [30], et la diminution de la constipation [31].

Certains sports comme la course, le saut, etc... entraînent une augmentation de la pression exercée sur le périnée à travers les contractions des muscles abdominaux mais aussi les impacts sur le sol. (La pression exercée pouvant, dans certains sports, atteindre 220kg)

Au long terme, cette pression est à l'origine d'un relâchement des muscles pelviens générateur d'incontinence urinaire [32]. Une étude a établi que plus de la moitié des athlètes féminines de haut niveau souffrent d'incontinence urinaire [33]. Les sports ont donc été classés en fonction du risque de troubles périnéo-sphinctériens:

- Sports à risque élevé: trampoline, gymnastique acrobatique, aérobic, saut de haies, basketball, volleyball, handball, course à pied, arts martiaux.
- Sports à risque modéré: tennis, ski.
- Sports à faible risque: marche, natation, vélo, roller, golf.

Or, en parallèle, nous observons une absence de lien entre l'éducation à l'activité physique, la date d'obtention du diplôme et la pratique de la rééducation périnéale. Les sages-femmes ne dispensent pas plus de conseils d'activité physique et sportive si elles sont été diplômées avant ou à partir de 2003, et si elles disposent ou non d'une formation de rééducation périnéale. Ceci pourrait s'expliquer par une carence de la formation initiale et continue dans le domaine de la prévention des troubles périnéo-sphinctériens.

L'éducation périnéale est mise en place majoritairement lors de séances de préparation à la naissance, qui se déroulent habituellement au cours du troisième trimestre de grossesse. L'entretien prénatal précoce est, quant à lui, peu exploité pour cette éducation, mais nous ne savons pas si toutes les sages-femmes proposent cet entretien. Afin d'optimiser la démarche de prévention, il serait plus judicieux de commencer cette éducation en début de grossesse, lors de l'entretien prénatal précoce ou des premières consultations prénatales.

Quant à l'éducation comportementale, les consultations prénatales et l'entretien prénatal précoce sont plus exploités par les sages-femmes que pour l'éducation périnéale. Toutefois, 22 sages-femmes utilisent les séances de préparation à la naissance pour cette éducation. L'efficacité de la prévention gagnerait à être mise en place systématiquement dès le début de grossesse, donc exclusivement lors des premières consultations du suivi de grossesse et de l'entretien prénatal précoce.

IV.3. Prise en charge d'une situation avérée d'incontinence urinaire

Face à une patiente souffrant d'incontinence urinaire pendant la grossesse, les sages-femmes sont nombreuses à informer à propos de l'anatomie et la physiologie périnéale, 75% d'entre elles proposent de mettre en place le verrouillage du périnée à l'effort, et de réaliser des exercices de renforcement musculaire.

Elles ne sont cependant qu'une petite moitié à revoir avec leurs patientes les habitudes mictionnelles et défécatoires, et à les informer sur les activités physiques et sportives qu'il est bon de pratiquer.

Enfin, un quart seulement des sages-femmes pratique l'éducation alimentaire et d'hygiène de vie face à une situation avérée d'incontinence urinaire. (Tableau XIV)

Les recommandations de l'HAS pour la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale [5] précisent que *"les traitements comportementaux, la rééducation périnéo-sphinctérienne (...) sont recommandés.*

Quelque soit le type d'incontinence, il est recommandé (...) de l'aider (la patiente) à identifier les facteurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer l'incontinence urinaire (apports liquidiens excessifs, consommation de boissons alcoolisées ou contenant de la caféine, etc.)."

Le CNGOF [2] ajoute:

- *"le traitement conservateur de l'incontinence urinaire d'effort de la femme adulte comprend la rééducation périnéale, les mesures hygiéno-diététiques (...).*
- *Il est recommandé de débiter le traitement de l'incontinence urinaire mixte par une rééducation périnéale comportant des exercices musculaires du plancher pelvien (grade C).*
- *La rééducation comportementale est recommandée de première intention en cas de symptômes d'urgenterie prédominants (grade C)."*

Ainsi, les recommandations de la Haute Autorité de Santé et du CNGOF rappellent à quel point l'éducation comportementale, les exercices de renforcement musculaire du périnée sont à combiner pour une prise en charge optimale de l'incontinence urinaire.

A la question " Proposez-vous la rééducation périnéale face à une incontinence urinaire avérée?", 31 sages-femmes ont répondu par l'affirmative en y voyant une possibilité pour les patientes de prendre conscience de leur périnée, de diminuer l'incontinence urinaire et d'éviter l'aggravation due à l'accouchement. 14 sages-femmes ont répondu ne pas proposer la rééducation du périnée, évoquant une efficacité médiocre pendant la grossesse. (Graphique 7)

Or, le CNGOF précise bien que *"les exercices musculaires du plancher pelvien font mieux que l'absence de traitement pour l'incontinence urinaire de la femme (NP1)",* mais aussi que *"la rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse améliore l'incontinence urinaire de la*

grossesse (NP1), diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à 3 mois du post-partum (NP1), en revanche, elle ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme".

Ainsi, il est clairement énoncé que *"la rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et postnatale (grade A)."*

Ainsi, presque un tiers des sages-femmes semblent méconnaître les recommandations.

Par ailleurs, une problématique a été soulevée par les sages-femmes, celle de la rééducation périnéale chez les nullipares. Comme cette rééducation ne peut survenir que dans le cas de troubles consécutifs à un accouchement, les sages-femmes ne peuvent pas proposer la rééducation périnéale en période prénatale aux nullipares.

IV.4. Difficultés des sages-femmes face à cette problématique

La façon dont a été posée la question "Rencontrez-vous des difficultés face à cette problématique?" a eu pour conséquence une identification de leurs difficultés bien plus succincte pour les sages-femmes libérales que pour les sages-femmes hospitalières (cf. IV. 1)

Nous observons tout de même que plus de la moitié des sages-femmes ont répondu ne pas avoir de difficultés face à la prise en charge des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire.

En revanche, dans les difficultés liées aux sages-femmes, elles sont quelques-unes à déclarer manquer de temps, et à avoir des problématiques plus importantes à traiter que celle-ci. (Tableau 16) Or, ces deux difficultés sont liées. En effet, si les sages-femmes disposaient de plus de temps pour leurs consultations prénatales, elles auraient le temps de traiter les problématiques qu'elles jugent plus importantes ainsi que la problématique de l'incontinence urinaire.

Les sages-femmes relèvent aussi quelques difficultés de compréhension par les patientes, ainsi qu'un manque d'intérêt des patientes pour ce sujet. (Tableau XVII) En effet, rendre ce sujet intéressant et donner aux femmes l'envie de s'atteler aux exercices, à la prise de conscience de leur périnée n'est pas facile, et demande d'utiliser des supports attrayants, un vocabulaire adapté, tout en faisant réaliser à chaque patiente l'importance de l'enjeu. Les patientes, ne se sentent concernées que lorsqu'elles sont réellement confrontées à l'incontinence, et souvent, uniquement lorsque celle-ci devient handicapante. Le travail à fournir est alors plus exigeant, plus long. Le défi pour les sages-femmes est donc d'identifier le risque d'incontinence urinaire avant que celle-ci ne soit avérée, et d'obtenir la participation et la compliance de la patiente.

En ce qui concerne les difficultés liées à leur formation, les sages-femmes sont la moitié à estimer que leur formation initiale n'est pas satisfaisante, et un quart à juger la formation continue

insuffisante pour faire face à la problématique de l'incontinence urinaire pendant la grossesse. (Tableau 18)

En ce qui concerne la formation initiale, selon l'arrêté du 11 mars 2013 [19], l'Unité d'Enseignement Gynécologie - santé génésique des femmes doit aborder:

- " le dépistage et la participation à la prise en charge des pathologies gynécologiques par:
 - . le raisonnement médical, la démarche clinique,
 - . la reconnaissance et l'identification des signes cliniques,
 - . la connaissance des pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires,
 - . la réalisation du bilan uro-dynamique."

Et la formation clinique doit permettre de "conduire une consultation prénatale:

- en reconstituant l'anamnèse ;
- en réalisant l'examen clinique général et l'examen obstétrical ;
- en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse ;
- en choisissant les mesures préventives, palliatives et thérapeutiques appropriées ;
- en élaborant et proposant à la femme enceinte une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse ; (...) "

La prise en charge de la situation à risque ou avérée d'incontinence urinaire entre donc tout à fait dans le champ de compétences des sages-femmes et est un objectif de la formation initiale.

Par ailleurs, la recherche d'éventuels troubles périnéo-sphinctériens et la détermination de leur prise en charge ne sont indiquées que dans le cadre du "suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale". Pourtant, les troubles périnéo-sphinctériens ne sont cités que pendant la période du post-partum, ils ne sont donc pas du tout développés, en période prénatale, dans la formation pratique.

En ce qui concerne la formation continue, nous avons pu observer que les sages-femmes disposant d'une formation en rééducation périnéale étaient plus attentives à la recherche de l'incontinence urinaire pendant la grossesse, et dispensent plus facilement des conseils mictionnels et défécatoires. Par ailleurs, ce sont les sages-femmes qui ne possèdent pas de formation en rééducation périnéale qui ont le plus de difficultés face à cette problématique, contrairement à celles qui possèdent une formation. (Tableau XV)

En analysant les programmes de formation continue des sages-femmes de deux organismes différents, nous constatons qu'aucune n'est dédiée à la prise en charge des troubles périnéo-sphinctériens pendant la grossesse.

IV.5. Ouverture, pistes de réflexion

En nous appuyant sur les constats de cette étude, il paraît nécessaire de développer la prévention et la prise en charge des troubles périnéo-sphinctériens pendant la grossesse, lors de la formation initiale. Ce programme de prévention primaire devrait comporter deux axes:

1. Dépister et Prévenir

- identifier les facteurs de risque des troubles de la statique pelvienne, et les symptômes et signes associés pouvant mettre en évidence d'autres pathologies sous-jacentes
- savoir pratiquer l'examen clinique général approfondi, à la recherche des signes de faiblesse des muscles, et de surpression intra-abdominale

2. Animer une séance d'éducation en santé

- conduire une information adaptée aux femmes à propos de l'anatomie et la physiologie du périnée, et de la physiopathologie des troubles périnéo-sphinctériens
- mettre en place une éducation comportementale
- mettre en place une rééducation périnéale dès la grossesse associant des exercices de renforcement musculaire et le verrouillage du périnée à l'effort.

La pratique de la rééducation périnéale par les sages-femmes est limitée aux troubles consécutifs à un accouchement. Or nous savons que la grossesse suffit à faire apparaître une incontinence urinaire [1], même chez les nullipares. Alors que l'incontinence urinaire est un véritable enjeu de santé publique, il nous paraît nécessaire d'étendre les compétences des sages-femmes en matière de rééducation périnéo-sphinctérienne à toutes les femmes, que les troubles soient consécutifs ou non à un accouchement.

La grossesse représente un moment privilégié et rare pour informer, éduquer, dépister. Les sages-femmes pourraient ainsi mettre à profit ces temps de rencontre avec leurs patientes afin de proposer une éducation en santé dont les femmes peuvent tirer bénéfice à court mais aussi à long terme.

V. Conclusion

L'objectif principal de cette enquête était de réaliser un état des lieux de la prise en charge par les sages-femmes des situations à risque et avérées d'incontinence urinaire. Identifier les difficultés auxquelles sont confrontées les sages-femmes face à cette problématique constituait l'objectif secondaire.

Cette étude nous a permis de réaliser que la prise en charge de ces situations par les sages-femmes est très limitée. Les sages-femmes recherchent peu les facteurs de risque et les symptômes de l'incontinence urinaire. Face à des facteurs de risque ou des situations d'incontinence urinaire, la prise en charge n'est pas globale, mais plutôt centrée sur le périnée, excluant l'éducation comportementale.

Les sages-femmes ne pratiquant pas la rééducation périnéale du post-partum semblent rencontrer beaucoup de difficultés. Elles identifient comme causes de ces difficultés, un manque de temps en consultation, une compréhension difficile par les patientes, ainsi qu'une formation initiale insuffisante.

Si l'on vise l'objectif que chaque patiente présentant des facteurs de risque ou une situation avérée d'incontinence urinaire bénéficie d'un programme de prévention primaire, ce dernier doit être développé dans la formation initiale pour le métier de sage-femme, afin que les sages-femmes qui ne pratiqueront jamais la rééducation post-natale, disposent d'outils pour pallier ces situations.

Enfin, deux pistes de recherche se dégagent de ce travail:

- une étude auprès des multipares, afin d'évaluer le bénéfice d'une prévention primaire sur l'incidence de l'incontinence urinaire à court, moyen et long terme. Nous avons observé, en effet, qu'aucune étude n'a été menée auprès des multipares présentant des facteurs de risque d'incontinence urinaire.
- et une étude auprès des patientes afin d'évaluer les avantages et inconvénients d'un tel programme de prévention primaire selon elles.

Bibliographie:

(1) Fritel X. - Périnée et grossesse - Gynécologie Obstétrique & Fertilité - Volume 38 - Mars 2010 - pages 332-346

(2) CNGOF - Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme adulte - Recommandations pour la pratique clinique - Paris - 2009 - 14p.

(3) Burgio K.L., Matthews K.A., Engel B.T. - Prévalence, incidence et variation de l'incontinence urinaire dans la santé des femmes d'âge moyen - Journal d'Urologie. - 1991 - volume 146 - pages 1255-1259.

(4) Elving L.B., Foldspang A., Lam G.W., Mommsen S. - Epidémiologie descriptive de l'incontinence urinaire chez 3100 femmes âgées de 30 à 59 ans - Journal d'Urologie et Néphrologie - 1989 - Volume 125 - pages 37-43.

(5) ANAES - Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - Recommandations pour la pratique clinique - Mai 2003 - 18p.

(6) Fritel X., Fauconnier A., de Tayrac R., Amblard J., Cotte L., Fernandez H. - Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale prénatale? Rationnel et protocole de l'étude randomisée multicentrique prévention périnéale prénatale - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction - Volume 37 - Avril 2008 - Pages 441-448.

(7) Battut A. - Incontinence urinaire et prolapsus; Quelle prévention en ante-partum? - La Revue Sage-femme - Volume 9 - Aout 2010 - Pages 227-239

(8) Commission périnée du CNSF - Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale - Dossier 2014 - chapitre V - pages 16-22

(9) Morkved S., Bo K., Schei B., Salvesen KA. - Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomised controlled trial - The American College of Obstetricians and Gynecologists - Volume 101 - n°2 - Février 2003 - pages 313-319.

(10) Gorbea Chavez V., Velazquez Sanchez MdP., Kunhardt Rasch JR. - Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary stress incontinence - Ginecologia y Obstetricia de Mexico - Volume 72 - Décembre 2004 - pages 628-636.

- (11) Reilly RTC., Freeman RM., Waterfield AE., Steggles P. - Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises - BJOG - Volume 109 - n°1 - Janvier 2002 - pages 68-76.
- (12) Sampselle CM., Miller JM., Mims BL., Delancey JO., Ashton-Miller JA., Antonakos CL. - Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. Obstetrics and Gynecology - Volume 91 - n°3 - Mars 1998 - pages 406-412.
- (13) Tonneau H., Branger B., Chauvin F., Guerneur J., Grall J.Y. - Le périnée, qu'en savent les femmes? La Revue Sage-Femme - Volume 4 - n°3 - Juin 2005 - pages 109-114
- (14) Ministère de la Santé et des Solidarités - Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. -Paris 2007- 64p.
- (15) ANAES - Bilan et technique de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. - Février 2000 - 12p.
- (16) Cotelle O. - Guide pratique de rééducation uro-gynécologique - 4^{ème} édition - Edition Ellipses 2005 - 144p.
- (17) De Gasquet B. - Manger, éliminer: halte à la constipation - Editions Marabout 2009 - 224 p.
- (18) Bourcier A.P., McGuire E.J., Abrams P. - Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 2: traitements et prise en charge. Editions Elsevier-Masson 2005 - 790p.
- (19) Arrêté du 11 mars 2013 relatif au diplôme d'Etat de sage-femme (et annexe).
- (20) Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (et annexe).
- (21) Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale - Évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte - Paris - Juin 1995 - 20p.
- (22) ANAES - Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Argumentaire - Recommandations pour la pratique clinique - Mai 2003 - 123p.
- (23) HAS - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées - Recommandations professionnelles - Mai 2007 - 39p.

- (24) De Gasquet B. - Bien-être et maternité - Paris 2009 - Editions Albin Michel - 374p.
- (25) Devillers P., Mauroy B. - Rééducation uro-gynécologique féminine. Techniques et indications - Progrès en Urologie - Volume 7 - Juin 1997 - pages 683-693.
- (26) Valancogne G. - Rééducation en colo-proctologie - Monographies de Bois-Larris - Volume 27 - Editions Masson 1993 - Pages 87-101
- (27) Villet R. - Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Vers une nouvelle entité: la pelvi-périnéalogie - E-Mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie - 2003 - Volume 2 - n° 3 - pages 53-58.
- (28) Spence-Jones C., Kamm MA., Henry MM., Hudson CN. - Bowel dysfunction: a pathologic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence - British Journal of Obstetrics and Gynaecology - 1994 - Volume 101 - pages 147-152.
- (29) Blanc B., Siproudhis L. - Pelvi-périnéalogie - Springer Editions - Paris - 2005 - 619p
- (30) OMS - Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. Consultable à l'URL: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
- (31) Degen L., Dederdingb JP., Bauerfeinde P., Beglinger C. - Réalités et mythes à propos de la constipation - State of the Art - Forum Med Suisse - 2008 - Volume 8 - n° 47 - pages 913-918.
Consultable à l'URL: <http://www.fr.drpaulwiesel/Réalités et mythes à propos de la constipation.PDF>
- (32) Association française d'urologie - Périnée, mode d'emploi - Semaine de la continence urinaire - Dossier de presse - 16p
- (33) Thyssen HH, Clevin L, Olesen S, Lose G. - Urinary incontinence in elite female athletes and dancer - International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction - 2002 - Volume 13 - Pages 7-15

ANNEXES

L'incontinence urinaire en période prénatale

Bonjour,

Je me permets de vous solliciter pour la réalisation de mon mémoire de dernière année des études de Sage-femme. Mon travail porte sur l'incontinence urinaire des femmes enceintes.

Je souhaite:

- identifier la prise en charge des sages-femmes face à cette problématique
- mais surtout recueillir vos difficultés au cours de la prise en charge, et pouvoir proposer des solutions à celles-ci, lorsque cela est possible!

Ce questionnaire ne vous prendra que 10 minutes.
Il est anonyme, bien entendu.

Je vous remercie énormément pour le temps et l'attention que vous donnerez à ce projet.
Gallienne Poisson

***Obligatoire**

1. Quelle est l'année d'obtention de votre Diplôme d'Etat de Sage-femme? *

2. Exercez-vous la Consultation Prénatale: *

- En milieu hospitalier
- En libéral
- Milieux hospitalier et libéral

3. Avez-vous suivi une formation en rééducation périnéale? *

- oui
- non

4. Exercez-vous la rééducation périnéale? *

- Pratique principale
- Pratique occasionnelle (moins de 20% de l'activité)
- Non

5. Quelle(s) formation(s) supplémentaire(s) avez-vous suivi? (DU, diplôme, formation)

Lors des consultations prénatales, de manière générale:

6. Informez-vous votre patiente à propos des troubles périnéo-sphinctériens? *

- Jamais
- Souvent
- Occasionnellement
- Toujours

7. Recherchez-vous, lors de votre interrogatoire, des facteurs de risque d'incontinence urinaire existant chez votre patiente? *

- Jamais
- Souvent
- Occasionnellement
- Toujours

8. Recherchez-vous les symptômes des troubles périnéo-sphinctériens?*

	Jamais	Souvent	Occasionnellement	Toujours
- Incontinence urinaire par urgenturie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
- Incontinence urinaire d'effort	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
- Pollakiurie (très souvent, mais peu)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
- Dysurie (difficultés à vider la vessie)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
- Nycturie (très souvent, la nuit)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

9. Votre examen clinique, de manière générale, comporte t-il? *

- L'observation de la statique globale
- L'inspection générale abdominale portant sur la tonicité de la sangle abdominale
- L'inspection générale abdominale portant sur la présence d'un diastasis
- L'inspection périnéale portant sur la morphologie de la vulve
- L'inspection périnéale portant sur la distance ano-vulvaire
- L'inspection périnéale portant sur les cicatrices
- La réalisation d'un testing
- La recherche d'un prolapsus lors du toucher vaginal
- Autre :

En présence de facteurs de risque d'incontinence urinaire:

10. Effectuez-vous une information à propos de l'anatomie et de la physiologie périnéale? *

- Jamais
- Souvent
- Occasionnellement
- Toujours

11. Proposez-vous des exercices de renforcement musculaire? *

- Jamais
- Souvent
- Occasionnellement
- Toujours

12. Expliquez-vous le verrouillage du périnée à l'effort? *

- Jamais
- Souvent
- Occasionnellement

- Toujours

13. Vous pratiquez l'éducation périnéale:

- Pendant une consultation prénatale
- Pendant une séance de préparation à la naissance
- Pendant un entretien prénatal précoce

14. Réalisez-vous une éducation mictionnelle et défécatoire auprès de votre patiente? *

- Jamais
- Occasionnellement
- Toujours
- Souvent

15. Si oui, quels conseils donnez-vous parmi les suivants? *

- Ne pas se "retenir"
- Utiliser une position correcte sur les toilettes: Genoux placés plus hauts que le bassin
- Prendre son temps et y aller quand le besoin se fait sentir
- Remplacer la poussée par une expiration freinée
- Autre :

16. Réalisez-vous une éducation alimentaire de votre patiente? *

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

17. Si oui, quels conseils donnez-vous parmi les suivants? *

- Quantité de liquide absorbée (ni trop, ni trop peu)
- Qualité des liquides (caféine, alcool: effet diurétique)
- Tabagisme et toux chronique
- Perte de poids chez femmes en surpoids
- Autre :

18. Réalisez-vous une information à propos de l'activité physique de votre patiente? *

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

19. Si oui, quels conseils donnez-vous parmi les suivants? *

- Sports délétères pour le périnée (course, saut, lancer)
- Sports conseillés (marche nordique, natation, vélo)
- Autre :

20. Vous pratiquez l'éducation comportementale:

- Pendant une consultation prénatale
- Pendant une séance de préparation à la naissance
- Pendant un entretien prénatal précoce

Face à une incontinence urinaire avérée pendant la grossesse:

21. Quelle est votre prise en charge? *

- Education mictionnelle et défécatoire
- Education alimentaire
- Information sur l'activité physique
- Education périnéale: information anatomie/physiologie périnéale
- Exercices de renforcement musculaire
- Verrouillage du périnée
- Autre :

22. Proposez-vous la rééducation périnéale face à une incontinence urinaire avérée? *

- Oui
- Non

23. Pourquoi? *

24. Rencontrez-vous des difficultés, dans votre pratique, relatives à cette problématique? *

25. Des difficultés relatives aux sages-femmes? *

- Non
- Manque de temps
- Problématiques plus importantes à traiter que celle-ci
- Autre :

26. Des difficultés liées aux patientes? *

- Non
- Difficultés de compréhension par les patientes
- Barrière de la langue
- Manque d'intérêt des patientes pour ce sujet
- Autre :

27. Des difficultés en lien avec la formation? *

- Non
- Formation initiale pauvre
- Formation continue insuffisante
- Autre :



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maïeutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-36
 fim-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION
 pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : <i>SAISSON Catherine</i>	Date de la demande : <i>8/10/2015</i>
--	---------------------------------------

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Incontinence urinaire chez les femmes enceintes : facteurs de risque et prise en charge pour les sages-femmes

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)
Étude quantitative, descriptive, multicentrique
 Terrains: maternités et SF libérales du réseau Ombrèl (CPN)

Lieu	<i>Réseau Ombrèl</i>
Service	<i>Consultations prénatales</i>
Période de l'étude	<i>Octobre à novembre</i>
Modalités de l'étude	Questionnaire <input checked="" type="checkbox"/>
	Entretiens <input type="checkbox"/>
	Recueil de données <input type="checkbox"/>
	Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	<i>ROUX Christiane</i>	<i>et</i>
Qualité :	<i>Docteur Maïeutique</i>	
Signature :	<i>[Signature]</i>	

AUTORISATION

Nom :		
Qualité :		
Signature :		
Remarques :		

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2016**

**TITRE: Prise en charge de l'incontinence urinaire en ante-partum: étude descriptive auprès
des sages-femmes**

AUTEUR: Gallienne POISSON, sous la direction de Mme Christiane Roux

MOTS-CLES: Incontinence urinaire, Sage-femme, Grossesse, Prévention, Ante-partum

RESUME:

- **Contexte:**

L'incontinence urinaire est un problème de santé publique. Ses symptômes apparaissent ou sont aggravés pendant la grossesse et sa prévalence est élevée. Il est recommandé de rechercher les facteurs de risque et/ou la présence de ces troubles de la statique pelvienne et d'en assurer la prise en charge. L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux de la prise en charge, par les sages-femmes, des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire pendant la période prénatale. L'objectif secondaire est d'identifier les difficultés des sages-femmes face à cette problématique.

- **Méthode:**

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux sages-femmes du réseau Ombrel entre le 12 Octobre et le 9 Décembre 2015.

- **Résultats:**

Nous avons obtenu 45 réponses. Les sages-femmes sont 17 à rechercher l'incontinence urinaire de façon fréquente, c'est à dire un peu moins de 40%. Elles sont plus de 80% à proposer le verrouillage du périnée à l'effort à leur patiente lorsque celle-ci présente une incontinence urinaire avérée. Pour autant, elles sont moins d'un quart à proposer une éducation alimentaire et d'hygiène de vie. Les sages-femmes sont 31 sur 45, donc majoritaires à proposer la rééducation périnéale pendant la grossesse.

Dans notre échantillon, les sages-femmes étaient 25 sur 45 à déclarer rencontrer des difficultés face à cette problématique.

- **Conclusion:**

La recherche des situations à risque ou avérées d'incontinence urinaire par les sages-femmes est insuffisante. La prise en charge est incomplète, limitée au périnée seul. Les sages-femmes manquent de formation initiale pour faire face à cette problématique.

Mémoire disponible et consultable à:

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN

60 rue du Port - 59040 Lille Cedex

Téléphone: 03-59-56-69-79

Email: contact-bibliotheque@univ-catholille.fr