



HAL
open science

Évaluation des pratiques professionnelles du dépistage des troubles urinaires au cours de l'examen général maternel quotidien à J2 du post partum à l'HCE

Séverine Pena

► **To cite this version:**

Séverine Pena. Évaluation des pratiques professionnelles du dépistage des troubles urinaires au cours de l'examen général maternel quotidien à J2 du post partum à l'HCE. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03326979

HAL Id: dumas-03326979

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326979>

Submitted on 26 Aug 2021

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Evaluation des pratiques professionnelles du dépistage des troubles urinaires au cours de l'examen général maternel quotidien à J2 du post partum à l'HCE

Par : PENA Séverine

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 15 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2020-2021

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Evaluation des pratiques professionnelles du dépistage des troubles urinaires au cours de l'examen général maternel quotidien à J2 du post partum à l'HCE

Par : PENA Séverine

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 15 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2020-2021

Résumé

Objectifs : L'objectif principal est d'évaluer le taux de dépistage, par les sages-femmes, des trois principaux troubles urinaires retrouvés dans le post partum, lors de l'examen quotidien en maternité.

Matériel et méthode : Etude observationnelle, descriptive, prospective, transversale, monocentrique, d'évaluation des pratiques professionnelles. Réalisée par 30 observations directes des sages-femmes en unité mère-enfant à l'HCE à Grenoble. Des critères majeurs étaient définis et devaient être réunis afin que l'observation soit conforme.

Résultats : Une seule sage-femme a rempli l'ensemble des critères majeurs. Des points forts ont été observés dans le dépistage des signes infectieux. Il a été mis en évidence un manque d'attention des professionnels concernant les troubles de la continence et les troubles rétentionnels.

Conclusion : Le manque de temps et de sensibilisation des professionnels à ces troubles serait à réévaluer. Il pourrait être intéressant de former les professionnels, à utiliser des supports explicatifs et de revoir l'information des patientes faite en anténatal.

Mots-clés : troubles urinaires du post partum, information, incontinence urinaire, rétention urinaire

Abstract

Objectives : The main objective was to assess the rate of screening, by the midwives, of the three main urinary disorders found in the post partum period, during the daily examination in the maternity hospital.

Material and Method : It's an observational, descriptive, prospective, transversal and monocentric clinical audit to evaluate professional practices. This study is based on 30 direct observations in the mother-child unit at the HCE in Grenoble. Major criteria were defined and had to be filled to define conformity.

Results : Only one midwife met all the major criteria. Strengths were observed in the screening of infectious signs. A lack of professional attention to continence and retention disorders was highlighted.

Conclusion : Lack of time and awareness of professionals about these disorders should be reassessed. It could be interesting to train professionals, to use explanatory materials and to review the information given to patients during the antenatal period.

Key-words : post partum urinary disorders, information, incontinence urinary, urinary retention

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

- ❖ Président du jury : **Mr Lionel DI MARCO** Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes

- ❖ Co-présidente du jury : **Dr Véronique EQUY** Gynécologue-Obstétricienne, Praticien Hospitalier à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes

- ❖ Sage-femme invitée : **Mme Alice HOCQUETTE** Sage-Femme à l'Hôpital privé Marne la Vallée, Bry-sur-Marne

- ❖ Directrice de ce mémoire : **Mme Eva INFUSO** Sage-Femme à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes

- ❖ Co-directrice de ce mémoire : **Mme Delphine SAVOY** Sage-femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes

Je remercie plus particulièrement :

- ❖ **Mme Eva INFUSO**, Sage-Femme à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes, directrice de ce mémoire ;

Pour sa bienveillance, son aide précieuse et le temps consacré à la rédaction de ce mémoire

- ❖ **Mme Delphine SAVOY**, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, co-directrice de ce mémoire ;

Pour ses conseils et sa disponibilité tout au long de ce mémoire

- ❖ **Mr Lionel DI MARCO**, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Pour son accompagnement au cours de ces quatre années d'études

- ❖ **Les Sages-Femmes de l'Hôpital Couple Enfant**

Pour leur collaboration et disponibilité lors des observations

Je remerciement personnellement :

❖ **Ma famille**

Pour leur soutien sans faille tout au long de mes études

❖ **Mes amies de promotion**

Pour leur soutien et tous ces moments de partage

❖ **Mes amis**

Pour leur amitié et leur présence

TABLES DES MATIÈRES

ABRÉVIATION.....	6
I. INTRODUCTION.....	7
II. POPULATION ET MÉTHODE.....	10
1. Type d'étude.....	10
2. Période d'étude.....	10
3. Population étudiée : critères d'inclusion et d'exclusion.....	10
4. Critères de jugement.....	11
5. Recueil de données.....	11
6. Taille de l'échantillon.....	12
7. Critères de conformité.....	12
8. Méthode statistique.....	13
III. RÉSULTATS.....	14
1. Caractéristique de la population.....	15
2. Taux de dépistage des troubles urinaires.....	18
3. Abord des troubles urinaires par les patientes.....	21
4. Informations délivrées et type d'informations.....	23
IV. DISCUSSION.....	25
1. Limites et biais de l'étude.....	25
2. Comparaison des résultats avec les données de la littérature.....	28
3. Perspectives et axes d'amélioration.....	43
V. CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47
ANNEXES.....	51

Abréviations

AFU : Association Française d'Urologie

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNSF : Conseil National des Sages-Femmes

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

LOSA : Lésion Obstétricale du Sphincter Anal

UME : Unité Mère-Enfant

I. Introduction

Le post partum englobe la période allant de la fin de l'accouchement jusqu'aux 6 premières semaines de vie.(1) Il s'agit d'une période très particulière dans la vie d'une femme qui doit faire face à une multitude de bouleversements que ce soit sur les plans émotionnel, affectif, mais également sur le plan physique. (1)

Au cours de cette période, les patientes sont généralement d'une extrême sensibilité à l'égard de tout ce qui a trait à leurs nouveau-née : Winnicott parle de préoccupation maternelle primaire.(1) Elles sont alors peut-être moins réceptives aux informations que l'on pourrait leur délivrer ou moins attentives aux signaux que pourrait leur envoyer leur corps.

De ce fait, durant le séjour en Unité Mère Enfant (UME), la sage-femme a un rôle primordial dans le dépistage, la prévention et l'information des différents éléments maternels, physiologiques ou non, du post partum.

Parmi les modifications corporelles du post- partum, nous allons nous centrer sur la problématique des troubles urinaires. En effet, au cours de la grossesse, l'appareil urinaire connaît de nombreuses modifications anatomiques et physiologiques, certaines d'entre elles sont préexistantes à la grossesse et peuvent persister dans le post partum.

Parmi ces troubles urinaires du post partum, l'Association Française d'Urologie (AFU) en décrit trois principaux : (2)

- Une dysurie, c'est-à-dire une difficulté mictionnelle pouvant conduire à une rétention urinaire aiguë du post partum, retrouvée dans 1,7 à 17,9 % des cas.(3)
- Des brûlures mictionnelles, avec comme principal facteur de risque, des sondages évacuateurs répétés ou de mauvaises conditions d'asepsie.

- Une incontinence urinaire qui régresse spontanément, la plupart du temps, mais qui peut toucher 15 à 40 % des femmes en post partum. (4)

Ainsi, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise de suivre quotidiennement, quels que soient la durée de séjour et le type d'accouchement, l'existence de troubles urinaires, conformément aux recommandations de 2014 (5)

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) précise qu'il est conseillé d'informer les patientes sur les éléments physiologiques du post partum :

« dès les 1ers jours après l'accouchement, il est nécessaire de s'assurer du niveau d'informations de la patiente sur les suites de l'accouchement et de donner une information concernant : l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes, abdominales ; au niveau périnéal-sphinctérien : prise de conscience de la contraction périnéale et prévention de l'incontinence. »

Au cours de différentes situations de stage, on a constaté que ce dépistage n'était pas systématiquement réalisé, que les informations quant à la physiologie du post partum n'étaient pas toujours délivrées. En effet, on a en mémoire une situation au cours de laquelle la patiente, à qui l'on venait de réaliser son examen et les conseils de sortie pour un retour à domicile dans la journée, s'est levée et n'a pas réussi à retenir ses urines. Elle avait, en effet, une incontinence urinaire et ne l'avait jamais abordée durant le séjour en unité mère-enfant, elle allait donc rentrer chez elle avec un manque d'informations et d'outils pour faire face à cette incontinence.

En ce qui concerne la rétention urinaire aiguë, diagnostiquée de manière précoce, elle aura peu de conséquences. En revanche, un retard dans la prise en charge peut entraîner une rétention urinaire persistante et des séquelles à long terme. (6)

On peut donc émettre l'hypothèse suivante : le dépistage des trois principaux troubles urinaires du post partum n'est pas réalisé de manière systématique. On peut observer une attention particulière aux brûlures mictionnelles et beaucoup moins à la dysurie et aux troubles de la continence. Par ailleurs, il s'agit d'un sujet tabou peu abordé spontanément par les patientes, mais également par les professionnels. Un dépistage et une information au cours de l'examen général, réalisé quotidiennement, permettraient de prévenir certaines complications associées à ces troubles mais aussi de les rendre moins tabou.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer, par une observation des pratiques professionnelles, le taux de dépistage par les sages-femmes de l'ensemble des troubles urinaires (brûlures mictionnelles, incontinence et dysurie) lors de l'examen général en unité mère-enfant réalisé quotidiennement, chez des accouchées voie basse à J2 de leur accouchement au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA).

Les objectifs secondaires seront d'observer si les patientes abordent un ou plusieurs troubles au cours de l'examen et d'évaluer les types d'informations délivrés aux patientes concernant les troubles urinaires durant l'examen général.

II. Population, matériel et méthode

1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, prospective, transversale, monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Cette étude a été réalisée par observation directe des sages-femmes présentes en unité mère-enfant (UME) à l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) du CHUGA.

2. Période de l'étude :

Cette étude a été réalisée du 08 octobre 2020 au mois de février 2021.

3. Population étudiée : critères d'inclusion et d'exclusion :

Les professionnels observés étaient les sages-femmes présentes en UME et acceptant de participer à l'étude.

Ont été incluses à l'étude, les patientes ayant accouché par voie basse eutociquement ou ayant eu une extraction instrumentale, les primipares, les multipares.

Ont été exclues les patientes ne parlant pas français, mineures, ayant accouché prématurément, ayant une lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA), ayant une pathologie des voies urinaires ou les patientes ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse (IMG). Les sages-femmes et les patientes refusant d'être observées ont également été exclues.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal se définit par le taux de dépistage de l'ensemble des troubles urinaires, durant l'examen général à J2 du post partum. Il sera classé en fonction du nombre de troubles dépistés au cours de chaque examen (0, 1, 2 ou 3 troubles) et du type de troubles (brûlures mictionnelles, dysurie, incontinence urinaire)

Les critères de jugements secondaires seront l'abord ou non de troubles urinaires par les patientes permettant de déterminer la prévalence dans la population observée, l'évocation d'une information par une sage-femme et le type d'informations délivrées aux patientes.

5. Recueil de données

Le recueil de données a été possible après accord de la cadre du service ainsi que l'affichage d'une fiche informative portant sur l'étude (Annexe 1). Par ailleurs, le consentement des patientes et des sages-femmes était requis avant toute observation. Celui des sages-femmes était obtenu de manière orale, en leur expliquant que le sujet de l'étude portait sur une observation d'un examen à J2, elles acceptaient ou non d'être observées. En ce qui concerne les patientes, une fiche informative, avec la possibilité de s'opposer à l'utilisation des données personnelles, leur était distribuée. (Annexe 2)

Une déclaration de projet a été faite à la cellule de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de Grenoble.

En aucun cas, l'observateur ne prenait part aux soins au cours des différentes observations.

Les données ont été recueillies sur une grille d'évaluation rédigée à partir des recommandations de l'HAS et du CNGOF. (Annexe 3) Les sages-femmes n'avaient pas connaissance du sujet de l'étude, il leur était expliqué que les observations portaient sur un

examen à J2 d'une accouchée voie basse. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient évalués à postériori de l'observation, après récupération des données dans le dossier médical.

Deux journées pré-test de la grille d'évaluation ont été réalisées avec l'observation de quatre sages-femmes. Au cours des deux jours de test et au vu de la pandémie de COVID 19, les patientes avaient recours à plus de sortie précoce à J2, cette dernière a donc été ajoutée aux critères d'exclusion de l'étude.

6. Taille de l'échantillon

L'échantillon était constitué de 30 cas conformément aux recommandations de l'HAS sur la réalisation d'un audit clinique. (7)

7. Critères de conformité

Dans un premier temps, nous avons choisi de nous intéresser aux critères de conformité par rapport aux recommandations de l'HAS, du CNGOF et de l'AFU, en ce qui concerne l'abord ou non d'un ou plusieurs troubles urinaires durant un examen général. Par la suite, nous allons nous intéresser aux types de troubles urinaires dépistés. Dans un second temps, nous avons choisi de regarder l'abord, ou non, par la patiente, au cours de l'examen et les types d'informations délivrées

Nous avons défini des critères de conformité :

- Les troubles urinaires étaient considérés comme abordés si au moins l'un des trois types était dépisté

- Les brûlures mictionnelles étaient considérées comme abordées si la sage-femme questionnait la patiente sur d'éventuelles brûlures au cours d'une miction.
- La dysurie était considérée comme abordée au cours de l'examen si la patiente était questionnée sur la reprise des mictions, le ressenti de vidange de la vessie ou la « quantité » d'urine évacuée au cours des mictions.
- L'incontinence était considérée comme évoquée s'il y avait un questionnement sur une éventuelle difficulté à retenir les urines jusqu'à l'arrivée aux toilettes (incontinence par impériosité) ou bien sur l'existence ou non de fuites urinaires lors d'un effort (incontinence urinaire d'effort)
- Si la patiente évoquait/se questionnait au cours de l'examen de quelconques troubles mictionnels, ces derniers étaient considérés comme abordés par la patiente
- Les informations étaient retranscrites, mot à mot, puis classées en catégorie définie de manière arbitraire (boire, douche, uriner régulièrement → règle hygiéno-diététique// rééducation périnéale // posturale// information sur la physiologie du post partum)

8. Méthode statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée grâce à Microsoft Excel ainsi qu'à R4web.

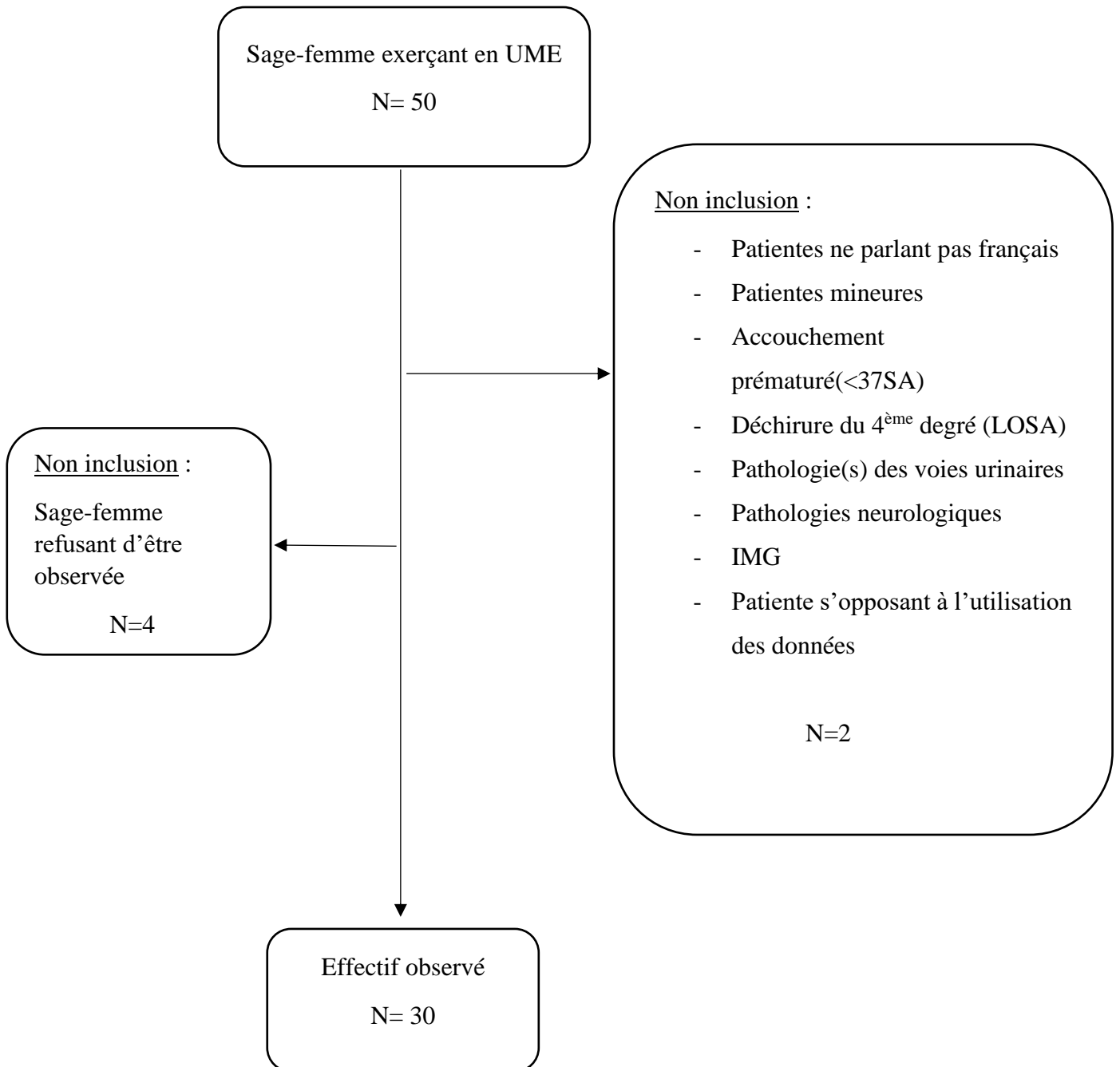
Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type lorsqu'elles suivaient une loi normale, et par la médiane et le 25^{ème} et 75^{ème} percentile lorsqu'elles ne suivaient pas une loi normale.

III. Résultats

32 observations ont été réalisées, deux ont été retirées, à postériori, car elles ne respectaient pas tous les critères d'inclusion et d'exclusion. Quatre sages-femmes ont refusé de participer à l'étude.

Diagramme d'inclusion :



1. Caractéristiques de la population :

Tableau 1 : Population observée

	Effectif (%)	m	[Q25-Q75]
N=30			
Années d'expérience		10,5	[2,25-17,75]
Sexe :			
- Femme	100 %		

(m= médiane, Q25-Q75= 25^{ème} et 75^{ème} percentile, N= effectif, %= pourcentage)

Le nombre d'années d'expérience depuis l'obtention du diplôme, chez les sages-femmes observées, avait pour médiane 10,5 ans. Toutes les sages-femmes observées étaient des femmes.

Sur les 30 sages-femmes observées, aucune n'avait une formation complémentaire en rééducation périnéale ou sexologie.

Tableau 2 : Environnement de l'observation

	Effectif	Médiane	[Q25-Q75]	%
	N= 30	m		
Durée de l'examen (min)		13,5	[10-15]	
Présence du conjoint				
Oui	12			40 %
Non	18			60 %

(m= médiane, Q25-Q75= 25^{ème} et 75^{ème} percentile, N= effectif, %= pourcentage)

Toutes les observations ont été réalisées lors d'un examen à J2 de l'accouchement.

La médiane de la durée d'un examen était de 13,5 minutes.

Dans 40 % des cas, soit au cours de 12 examens, le conjoint était présent.

Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée

	Effectif N= 30	Médiane m	[Q25-Q75]	%
Age maternel (en année)		30,5	[26-34]	
Parité				
- Primipare	16			53,3
- Multipare	14			46,7 %
Type d'accouchement				
- Eutocique	17			56,7 %
- Ventouse	8			26,7 %
- Forceps	5			16,7 %
Etat périnéal				
- Périnée intact	7			23,3 %
- 1^{er} degré	17			56,7
- 2^{ème} degré	5			16,7
- Episiotomie	1			3,3
Sondage évacuateur				
- Oui	27			90%
- Non	3			10%
Nombre de sondages		2	[2-3]	
Durée du travail (en h)		7,5	[4,25-11]	
Analgésie péridurale				
- Oui	25			83,3%
- Non	5			16,7%

(m= médiane, Q25-Q75= 25^{ème} et 75^{ème} percentile, N= effectif, %= pourcentage, h= heures)

Les caractéristiques ci-dessus ont été recherchées avec, comme objectif, de les corrélérer aux facteurs de risques des troubles urinaires du post partum.

L'âge médian des patientes était de 30,5 ans.

Parmi les 30 patientes observées, 16 étaient des primipares (53,3%)

En ce qui concerne le type d'accouchement, 17 patientes (56,7 %) ont accouché de manière eutocique, 8 (26,7 %) par ventouse et 5 (16,7 %) par forceps.

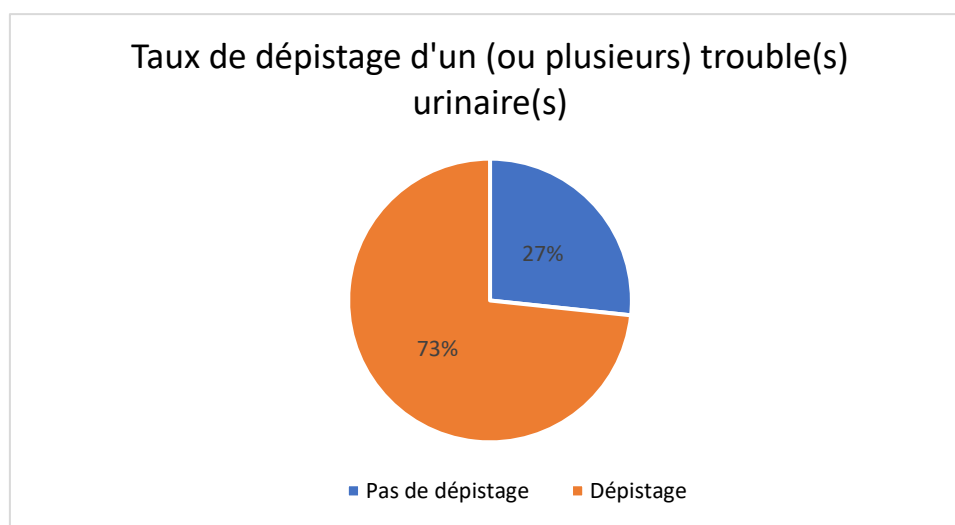
Quant aux lésions périnéales, 7 (23,3 %) avaient un périnée intact, 17 (56,7 %) une déchirure simple du 1^{er} degré, 5 (16,7 %) une déchirure du 2^{ème} degré et 1, une épisiotomie (3,3 %).

Le sondage évacuateur a été réalisé dans 90 % des cas, soit chez 27 patientes. La médiane du nombre de sondage était de 2.

Les patientes ayant eu recours à une analgésie péridurale au cours du travail étaient au nombre de 25 (83,3 %), pour une durée médiane du travail de 7,5 h.

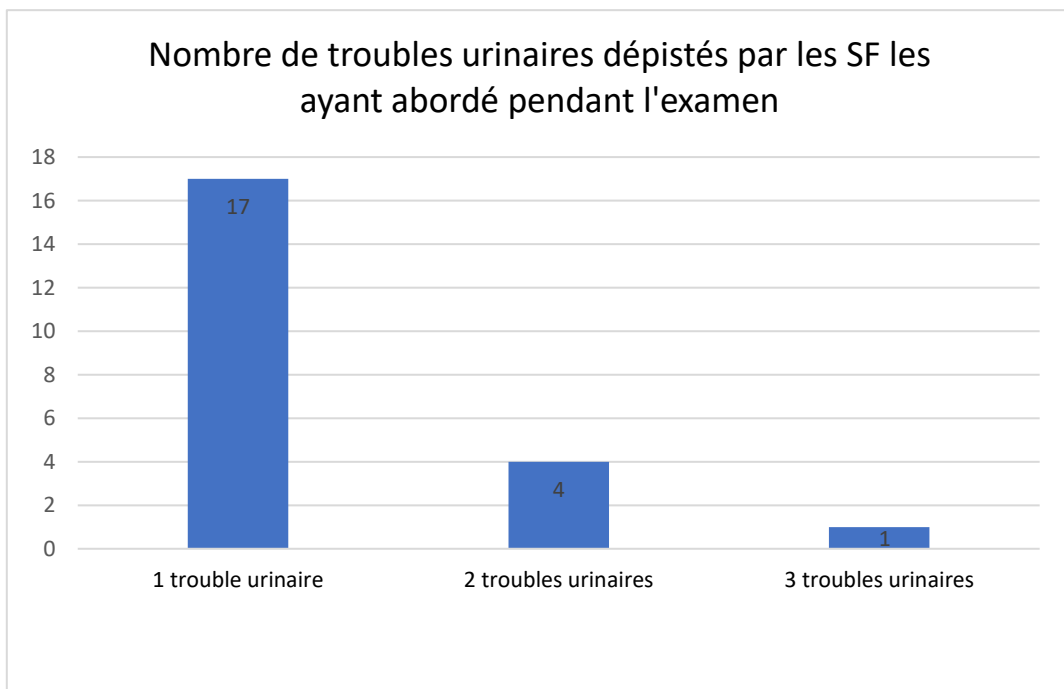
2. Taux de dépistage des troubles urinaires :

Graphique I : Taux de dépistage des troubles urinaires.



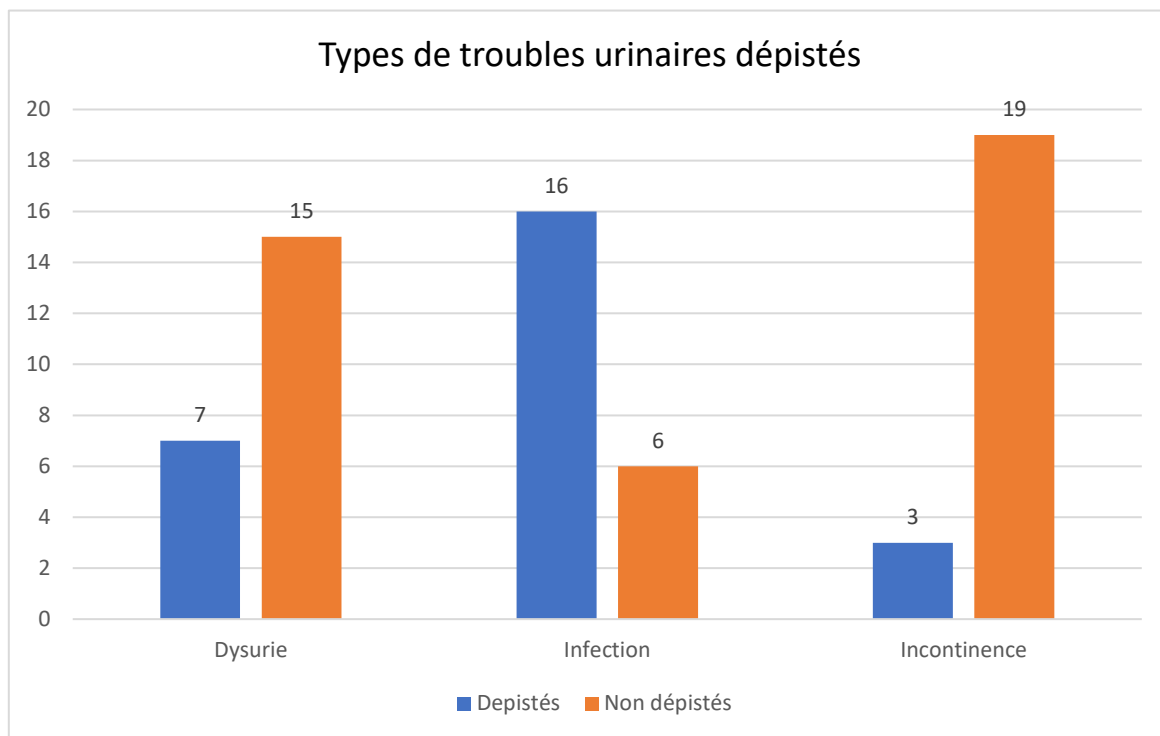
On a pu voir que, parmi les 30 sages-femmes observées, 22 (73 %) ont dépisté au moins un trouble urinaire au cours de l'examen général à J2.

Graphique II : Nombre de troubles urinaires dépistés par chaque SF au cours de l'examen



Au sein des 22 sages-femmes ayant dépisté au minimum un trouble urinaire, 17 d'entre elles en ont dépisté un seul (77,3 %). Quatre sages-femmes en ont recherché deux (18,5 %). Une sage-femme a rempli l'ensemble des critères de conformité avec un dépistage des trois troubles urinaires majeurs du post partum (4,5 %).

Graphique III : Types de troubles urinaires dépistés



Parmi les 22 examens au cours desquels au moins un des troubles urinaires a été dépisté par une sage-femme, on a observé que :

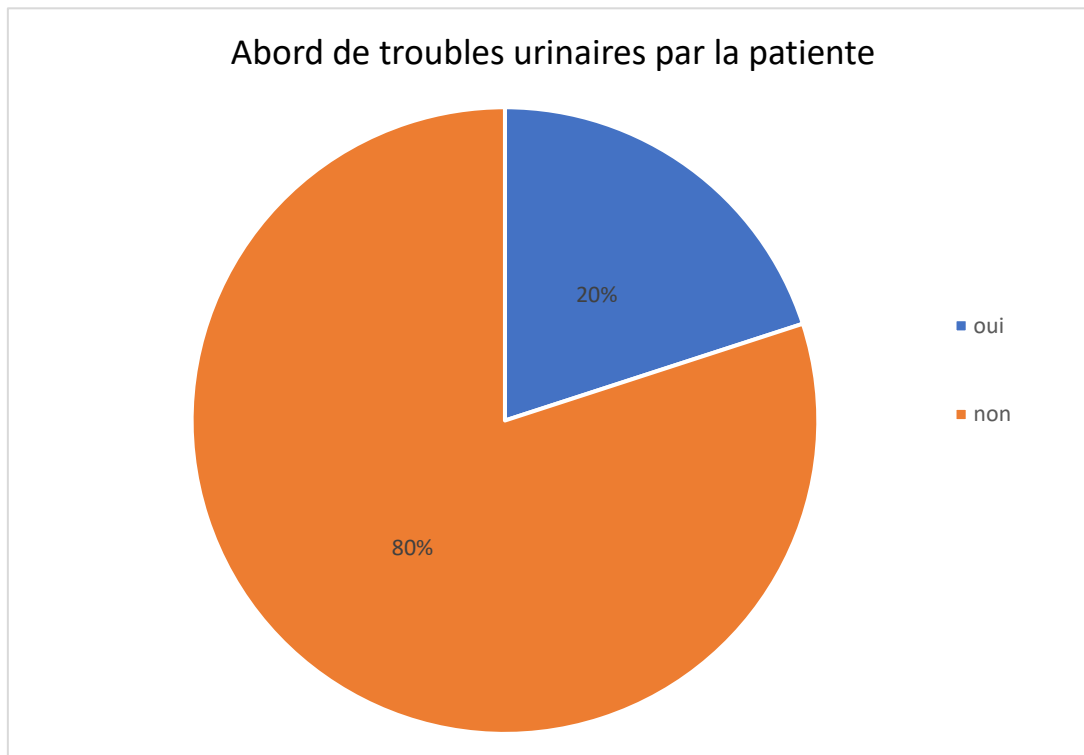
Dans 72,7 % des cas, soit chez 16 patientes, la recherche de brûlures mictionnelles a été faite.

Les troubles de la continence ont été dépistés par 3 (13,6 %) sages-femmes.

En ce qui concerne les signes de dysurie, ils ont été recherchés chez 7 patientes (31,8 %)

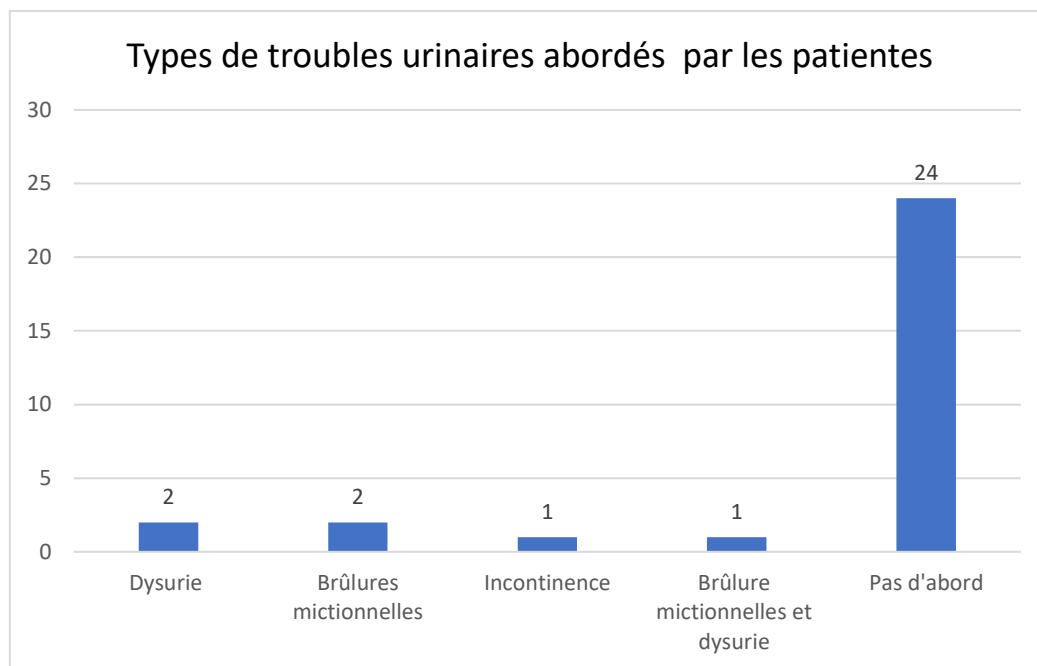
3. Abord des troubles urinaires par les patientes

Graphique IV : Taux d'abord de troubles urinaires par les patientes



Parmi les 30 patientes, 24 (80 %) n'ont pas exprimé de troubles urinaires au cours de l'examen.

Graphique V : Types de troubles urinaires abordés par les patientes

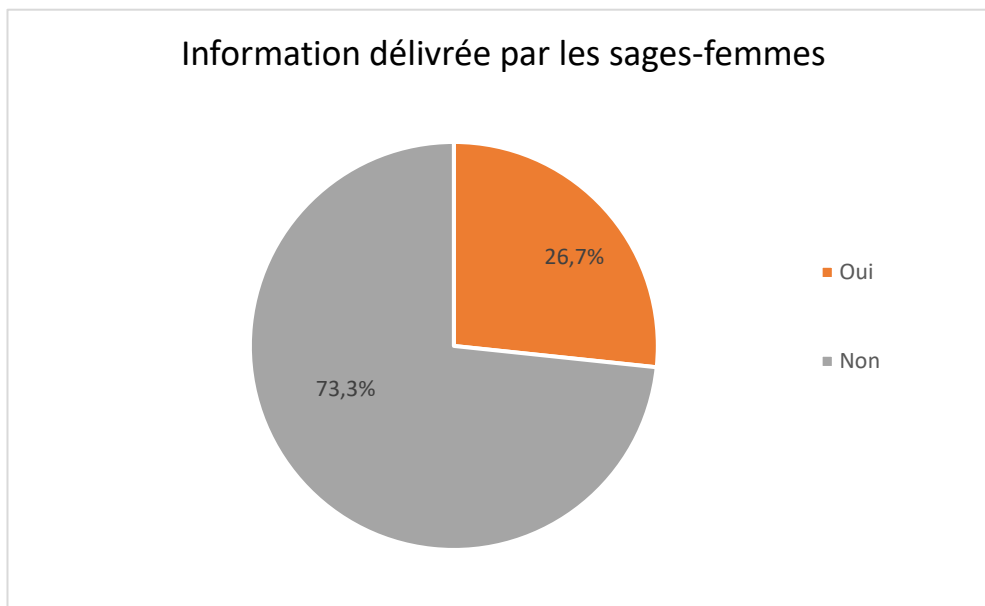


Au cours des 30 examens observés, six patientes ont évoqué des troubles mictionnels, soit dans 20 % des cas.

Parmi ces troubles : deux patientes ont exprimé des signes de dysurie, deux des brûlures mictionnelles. Une patiente a évoqué des problèmes d'incontinence préexistants pendant la grossesse et persistants en post partum. Enfin, une patiente a exprimé des brûlures mictionnelles associées à une dysurie.

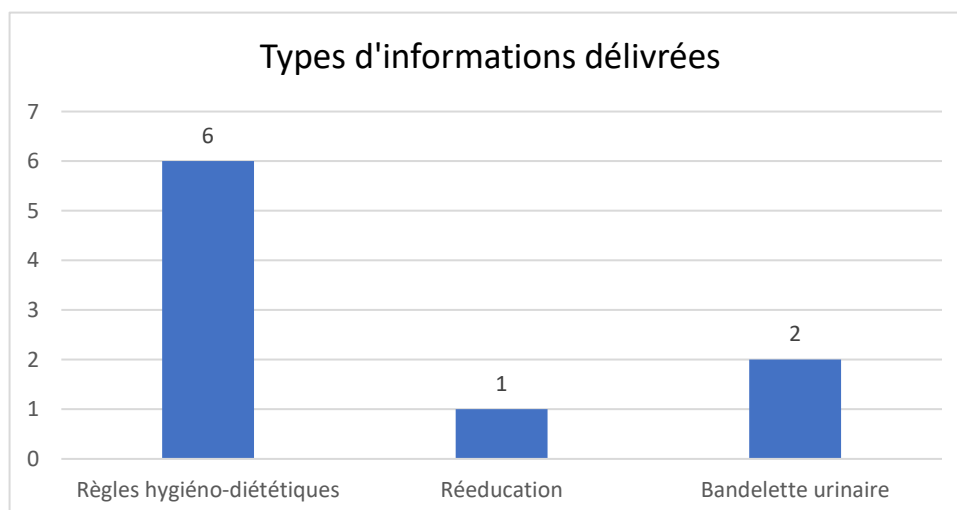
4. Informations délivrées et types d'informations

Graphique VI : Taux d'informations délivré par les sages-femmes



La délivrance d'une information concernant les troubles urinaires, par les sages-femmes au cours de l'examen, a été faite dans 26,7 % des cas, soit au cours de 9 examens.

Graphique VII : Types d'informations délivrés par les sages-femmes :



Parmi les informations délivrées aux patientes exprimant des troubles, six d'entre elles ont évoqué des règles hygiéno-diététiques à mettre en place.

Une sage-femme a évoqué l'importance de la rééducation en cas de persistance de fuites urinaires.

Face à des brûlures mictionnelles, deux sages-femmes ont réalisé une bandelette urinaire.

IV. Discussion

1. Limites et biais de l'étude

Type de l'étude

L'étude par observation directe permet d'éviter les biais déclaratifs ou de mémorisation, qui pourraient être retrouvés en cas de recueil de données par un questionnaire.

Cependant, les études par observation directe amènent à plusieurs biais :

- Le biais de désirabilité sociale qui se définit par vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. On peut parler de l'effet Hawthorne qui conduit à une amélioration des résultats quand les sujets se savent observés. (8)
- Le biais de jugement qui est, lui, lié à l'observateur. On pourra le retrouver dans l'effet Halo, c'est la tendance à inférer des caractéristiques à des personnes, à partir de la première impression ressentie, sur son environnement ou une caractéristique et que l'on cherche à renforcer. (9)

Dans le cas de notre étude, aucune autre analyse sur le dépistage des troubles urinaires, n'a été réalisée par observation directe. Le recueil de données, sous la forme d'un questionnaire, aurait été à l'origine de plusieurs biais.

Population étudiée :

Les mesures sanitaires liées au COVID 19, avec un deuxième confinement sur les mois d'octobre/ novembre, associées à l'augmentation des sorties précoces à J2, ont rendu plus difficile le recueil de données. 32 observations ont été réalisées dont 30 retenues, ce qui correspond aux 30 observations recommandées par l'HAS dans le cadre d'un audit clinique.

Seules les sages-femmes exerçant en UME ont été observées, de ce fait, l'étude n'est pas représentative de l'ensemble des pratiques des sages-femmes à l'HCE. Elle aurait nécessité une période d'observations plus longue et comprenant une période de rotations d'équipes pour plus de représentativité.

Pour les critères d'exclusion, il a été décidé d'exclure de l'étude les patientes ayant des pathologies des voies urinaires ainsi que des neuropathies pouvant impacter les voies urinaires. Par exemple, dans le cas du syndrome de Guillain Barre, 50 % des patientes atteintes d'une forme sévère présentent des troubles vésico-sphinctériens. Ainsi, dans ces situations, les sages-femmes auraient probablement été plus attentives au dépistage. (10)

Les patientes ne parlant pas français, mineures, ayant accouché prématurément, ou ayant eu une interruption médicale de grossesse ont également été exclues. En effet, il s'agit de situations particulières où d'autres problématiques vont émerger et pour lesquelles la sage-femme pourrait adapter son examen quotidien. Les patientes ayant une LOSA ont été également écartées, en effet, il est retrouvé dans la littérature une augmentation des affections du plancher pelvien et notamment d'incontinence anale et urinaire, ce type de lésions oriente donc la sage-femme dans un dépistage plus systématique des troubles urinaires et notamment de la continence. (11)

Enfin, le choix de l'observation à J2 de l'accouchement a été décidé de manière totalement arbitraire, aucune étude n'a démontré l'existence d'une recrudescence des troubles urinaires

durant cette période. Cependant, il a été décidé ainsi, afin de ne pas coïncider avec les conseils de sorties où l'abord peut être plus fréquent. Pour une observation à J1, cela paraissait relativement tôt après l'accouchement.

Validité externe

Les résultats obtenus ne sont pas extrapolables à d'autres maternités car il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique et transversale, seulement transposable à l'HCE.

2. Comparaison des résultats avec les données de la littérature

Caractéristiques de la population étudiée et facteurs de risques des troubles urinaires

Une connaissance sur les facteurs de risque pouvant favoriser l'apparition de ces troubles urinaires supposerait donc une attention d'autant plus importante pour un dépistage systématique.

- *Facteurs de risques de brûlures mictionnelles*

Parmi les principaux facteurs de risques de brûlures mictionnelles en post partum, il est retrouvé : les sondages évacuateurs répétés au cours du travail, le non-respect des conditions d'asepsie. (23) Les sutures, notamment proches de l'urètre, peuvent entraîner des brûlures lors des mictions mais sont généralement résolutive dès les premiers jours.

Chez les patientes de l'étude, 90 % d'entre elles ont eu au minimum un sondage évacuateur au cours du travail, le nombre médian de sondage étant de 2.

- *Facteurs de risque de dysurie*

A propos des facteurs de risques de dysurie pouvant se compliquer en rétention urinaire, la littérature décrit : la primiparité, un travail prolongé (>12h) : en effet, la pression exercée par la tête fœtale peut conduire à un œdème et à des lésions nerveuses et musculaires du plancher pelvien. (17)

De nombreuses études retrouvent également comme facteurs de risque, un accouchement par extraction instrumentale, cela s'explique par une association de ces extractions à des traumatismes des tissus mous du plancher pelvien et à des lésions nerveuses. Il en est de même pour les déchirures périnéales du 4^{ème} degré et l'épisiotomie. (18) (19)

Pour l'analgésie péridurale, une étude d'Olofsson révèle que les femmes, ayant eu recours à une anesthésie péridurale, avaient un risque significativement augmenté de présenter une rétention : 2,7 % versus 0,13 %, $p < 0,0001$. (20) De plus, dans une étude évaluant la débitmétrie 3 jours après l'accouchement et après une anesthésie locorégionale, un tiers des patientes présentait encore une altération de la débitmétrie avec un résidu post mictionnel supérieur à 100 ml. (21) Des tests urodynamiques ont mis en évidence que l'analgésie péridurale inhibe l'activité vésicale pendant plusieurs heures, par inhibition des voies afférentes qui conduisent le message nerveux du besoin mictionnel. (22)

Enfin, un dernier facteur a été identifié : il s'agit de l'hyperhydratation en salle d'accouchement, qui, en l'absence de sondage évacuateur, peut distendre considérablement la vessie et aboutir à un détrusor claqué. (22)

Dans notre population d'étude, 16 patientes étaient des primipares, 83,3 % d'entre elles ont eu recours à une analgésie péridurale et la durée médiane du travail était de 7,5 h (450 min). Pour les déchirures périnéales, 7 (23,3 %) avaient un périnée intact, 17 (56,7 %) une déchirure simple du 1^{er} degré, 5 (16,7 %) une déchirure du 2^{ème} degré et une, une épisiotomie (3,3 %).

- *Facteurs de risques d'incontinence urinaire*

Pour l'incontinence urinaire, les facteurs de risques, décrits dans la littérature, sont multiples : un âge inférieur à 22 ans ou supérieur à 35 ans, le surpoids (IMC > 25), une incontinence urinaire préexistante (12)

Concernant la parité comme facteur de risques, les études ne s'accordent pas toutes. En effet, une étude de Richard Villet révèle que les lésions neuromusculaires périnéales se produisent essentiellement au cours du premier accouchement mais il précise que l'atteinte du nerf pudendal est plus fréquente chez les multipares. (10) Pour autant, d'après une étude de Wilson, réalisée chez 2134 femmes à trois mois du post partum, 34,3 % d'entre elles rapportent une incontinence persistante, avec comme principaux facteurs de risques retrouvés : la multiparité et l'accouchement par voie basse. (13)

Une durée prolongée du travail, l'utilisation de forceps et les lésions périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré apparaissent également comme des facteurs de risques. (14) .

Pour le mode d'accouchement, des études rétrospectives ont été réalisées, notamment une conduite par Guri Rortveit démontrant une incontinence urinaire plus fréquente dans les suites d'un accouchement par voie basse par rapport à une césarienne. (15) Cependant, comme démontré dans un essai randomisé de Hannah, cette différence disparaît à distance de l'accouchement. (16) Ainsi, la proposition d'une césarienne programmée dans la prévention d'une incontinence urinaire n'est pas recommandée. (12)

Toutes les patientes observées dans notre étude ont accouché par voie basse, 17 (56,7 %) ont accouché de manière eutocique, 8 (26,7 %) par ventouse et 5 (16,7 %) par forceps, enfin 16 (54 %) d'entre elles étaient des multipares.

Taux de dépistage des troubles urinaires

Dans notre recherche, le taux de dépistage d'un ou plusieurs troubles urinaires était de 73,3 %. La recherche des trois principaux troubles urinaires retrouvés en post partum a été réalisée par une sage-femme. (4,5 %) Quatre sages-femmes en ont recherché deux (18,5).

Les recommandations et les données de la littérature sur la recherche de troubles urinaires en unité mère-enfant restent très pauvres. Néanmoins, la HAS recommande de dépister, de manière quotidienne, l'existence de troubles urinaires durant le séjour en UME.

Il n'existe aucune étude rassemblant le dépistage global de ces troubles dans le post partum.

On peut retrouver un mémoire réalisé en pré-partum, sous la forme de questionnaire interrogeant les sages-femmes sur la prise en charge de l'incontinence urinaire en pré partum, au cours des consultations de suivi de grossesse. La recherche de troubles périnéo-sphinctériens est réalisée chez 50 % des sages-femmes, avec un dépistage majoré chez les sages-femmes ayant obtenu leurs diplômes avant 2003 et les sages-femmes exerçant en libéral. Dans notre étude, le nombre d'années d'expériences chez les sages-femmes observées est de 10,25 ans, soit une obtention médiane du diplôme en 2010. De plus, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'années d'expérience et le dépistage des troubles urinaires ($p= 0,101$).

Enjeu du dépistage

Afin de comprendre l'importance du dépistage des troubles urinaires, nous allons voir les conséquences décrites dans la littérature d'un retard de diagnostic, pour mieux prendre conscience de leur importance et de la nécessité de ne pas les négliger.

- ***Brûlures mictionnelles***

Le taux de dépistages des brûlures mictionnelles, au sein de notre recherche, était de 72,7 %. Les infections urinaires ont une prévalence de 2,6 % en post partum (24), l'hypotonicité vésicale et de la voie excrétrice, associée à des taux d'œstrogènes élevés, peut favoriser la progression des germes. (2) De plus, la stase pendant la grossesse, la réalisation de sondage évacuateur en cours de travail et une éventuelle rétention dans le post partum peuvent favoriser l'apparition d'infections. (1) L'importance du dépistage se retrouve dans le fait que les cystites et les pyélonéphrites sont fréquentes dans les suites de l'accouchement, la tâche de la sage-femme est donc de les diagnostiquer et de les traiter à temps. (1)

Comme avancé dans notre hypothèse de recherche, on observe une attention particulière des professionnels dans la recherche des signes de brûlures mictionnelles. Ce sujet paraît moins tabou et plus facilement exprimé par les patientes, en effet, trois patientes les ont évoquées. De plus, il s'agit d'un trouble urinaire ayant un tableau clinique plus bruyant (douleurs à la miction, fièvre, pollakiurie...) ; les patientes souhaitent généralement que cela soit pris en charge rapidement. On peut s'interroger sur le fait qu'il y ait également moins de mise en difficulté pour les professionnels, face à une patiente évoquant des brûlures mictionnelles. En effet, le diagnostic, la prise en charge, le traitement de ces brûlures mictionnelles sont des éléments maîtrisés par les sages-femmes, ce qui peut expliquer une meilleure aisance dans le dépistage réalisé de manière plus systématique. (25)

- ***Dysurie***

La dysurie a été dépistée dans 31,8 % des cas, elle est définie par le Conseil National des Sages-Femmes (CNSF) comme le symptôme d'une altération des phases mictionnelles et post mictionnelles (miction par poussée, faiblesse du jet, sensation de vidange vésicale incomplète,

gouttes retardataires). (26) Concernant la physiopathologie, au cours de la grossesse, la vessie, sous l'action de la progestérone, devient hypotonique, l'ensemble du tractus génital se dilate et la capacité vésicale augmente jusqu'au 8^{ème} mois. (27). Ces modifications sont compensées par la compression de l'utérus grévise sur la vessie. De plus, avec la croissance utérine, la vessie prend une place abdominale, l'urètre est alors allongé. On observe donc un équilibre au cours de la grossesse. Après l'accouchement, la vessie reste hypotonique du fait de la progestérone mais la pression vésicale, entraînée par l'utérus grévise, n'est plus présente, cela engendre donc un déséquilibre avec un risque rétionnel.

La rétention aiguë d'urine survient dans moins de 1 % (0,7 à 0,9 %) des accouchements. Cependant, il s'agit d'une complication mal connue et qui, en cas de retard de prise en charge, peut avoir des conséquences délétères sur le plan physique mais aussi psychologique. (28)

Dans notre étude, le dépistage a été réalisé par 7 sages-femmes sur 30. Et trois patientes ont évoqué, des difficultés de vidange vésicale.

Or, le diagnostic rétionnel sera dans un premier temps clinique, par une interrogation de la patiente sur différents signes : impossibilité d'uriner, sensation de vidange vésicale incomplète, faiblesse du jet mictionnel. (29) Le dépistage paraît être le premier élément clé pouvant aboutir à une prise en charge, en aval. D'autres éléments diagnostiques pourront être utilisés comme le bladder scann qui permet d'évaluer notamment le résidu post mictionnel.

Le dépistage sera essentiel pour éviter un retard de prise en charge, qui pourrait engendrer des conséquences délétères à long terme. Pour les patientes ayant une rétention urinaire aiguë du post partum peu symptomatique et régressant, soit spontanément, soit à l'aide de traitements simples (sondage évacuateur, règles hygiéno-diététique), la littérature démontre qu'il n'y aura pas de conséquences urinaires à long terme. En revanche, pour des rétentions persistantes au-delà de quatre jours, les conséquences urinaires sont plus importantes. Il est retrouvé, dans

certaines études, des séquelles urinaires chez plus de 50 % des patientes à type de dysurie, résidus post mictionnels, urgenturies, pollakiurie diurne et nocturne et cela, quatre ans après l'accouchement. Ces séquelles persistantes seraient liées à un claquage vésical et à des lésions irréversibles du détrusor, conséquence d'une sur-distension vésicale causée par un retard diagnostique ou thérapeutique. (30)

L'étude de J. Humburg préconise donc d'informer les patientes des signes de dysfonction urinaire, notamment chez les patientes ayant des signes de rétention, afin d'éviter les retards de prise en charge et les conséquences à long terme. (17)

- ***Incontinence urinaire :***

Sur les 22 sages-femmes ayant dépisté au moins un trouble urinaire au cours de l'examen quotidien, trois (13,6 %) ont recherché d'éventuels troubles de la continence. De plus, cinq patientes de l'étude ont eu un accouchement par forceps, qui est un facteur de risque de majoration de l'incontinence, et dans un cas seulement, l'abord de l'incontinence urinaire a été réalisé. Cependant, les données numériques restent insuffisantes pour conclure.

Les données de la littérature, concernant l'incontinence urinaire dans le post partum, sont assez faibles et reposent sur des accords professionnels. Elle est présente, en post partum, dans 15 à 40 % des cas et d'autant plus, en cas de préexistence durant la grossesse, mais elle diminue spontanément dans les trois premiers mois du post partum. (4)

Viktrup et al. rapportent le suivi d'une cohorte de 305 femmes nullipares qui ont été interrogées en post partum immédiat (n=305), à 3 mois, à 5 ans et à 12 ans. Le taux d'évolution spontanée de l'incontinence urinaire était de 86 % à trois mois, et ce, sans aucune prise en charge spécifique.

L'importance du dépistage résulte essentiellement des représentations et de l'impact de ces fuites dans la vie quotidienne. En effet, les nombreuses idées reçues incitent les femmes à ne pas systématiquement considérer l'incontinence urinaire comme un trouble et n'osent pas l'évoquer d'emblée. (31) Or, l'existence de troubles de la continence peut s'accompagner d'une altération de la qualité de vie avec notamment le port quotidien de protections périodiques qui peut avoir un retentissement social et psychologique négatif. Il s'associe souvent à un sentiment de honte de la part des patientes qui n'osent pas évoquer ces troubles avec les professionnels. Le rôle de la sage-femme en UME va donc être le dépistage, l'information notamment sur l'évolution spontanée à trois mois et également l'appui de l'importance de la visite post natale permettant de prendre en charge une incontinence persistante.

La rééducation périnéale, selon le Conseil National des Sages-Femmes (CNSF), fait partie des compétences de la sage-femme. L'arrêté du 19 juillet 2011 précise les objectifs de la formation dans le suivi post natal : « En post partum, l'étudiant doit être capable de prévenir et corriger des troubles périnéo-sphinctériens » (26)

Cependant, dans le mémoire de G. Poisson, sur la prise en charge de l'incontinence urinaire en antépartum, il est décrit une relation entre la formation à la rééducation périnéale chez les sages-femmes et la fréquence à laquelle ces dernières recherchent l'incontinence urinaire en anténatal chez leurs patientes ($p=0,02$). (32)

Dans notre étude, aucune des sages-femmes observées n'a eu de formation complémentaire en rééducation périnéale. On peut donc se questionner sur la formation initiale dans la prévention des troubles périnéo-sphinctériens et notamment sur la pratique au cours des études mais également dans le milieu hospitalier. En effet, toujours dans le mémoire de G. Poisson, il existait un dépistage plus fréquent chez les sages-femmes exerçant en libéral. ($p=0,01$)

Il serait intéressant d'interroger les sages-femmes hospitalières, par le biais d'une étude qualitative, sur leur aisance, les difficultés et les ressources utilisées pour apporter des réponses à une patiente exprimant des fuites urinaires en UME.

Pour conclure, on peut s'interroger sur le moment choisi par les sages-femmes pour aborder la rééducation périnéale, qui est peut-être privilégié au moment de la sortie avec l'explication des ordonnances et la délivrance des conseils de sortie.

Abord par la patiente de troubles urinaires

Au cours des observations, 9 (20 %) patientes ont exprimé un ou plusieurs signes de troubles urinaires. Cependant, ces résultats sont difficilement transposables vu la faible population observée : en effet, comme nous l'avons constaté précédemment, les troubles urinaires ne touchent pas une majorité de patientes : 15 à 40 % pour l'incontinence, 1 % pour les troubles rétentionnels, 2,6 % pour les infections urinaires.

Une des limites de cet objectif secondaire est la méthodologie, elle reste discutable. En effet, il aurait été plus révélateur d'interroger les patientes sous forme de questionnaire, en aval de l'observation, afin d'évaluer la prévalence réelle de troubles urinaires dans notre population observée. En effet, si la sage-femme ne les a pas abordés au cours de l'examen, toutes les patientes ne vont pas nécessairement l'exprimer spontanément. Le format questionnaire après l'examen aurait permis de comparer le nombre de patientes ayant exprimé oralement un trouble urinaire à la sage-femme et le nombre de patientes ayant un ressenti des difficultés mictionnelles mais ne l'ayant pas nécessairement exprimé. En effet, le format écrit enlève certaines barrières : recueil des données de manière anonyme (diminution du sentiment de

honte), questionnement clair et précis sur les signes de troubles urinaires, facilitant peut-être l'abord par les patientes.

Nous pouvons tout de même confronter nos résultats avec certaines données de la littérature. Notamment sur l'évocation de fuites, voire d'incontinence urinaires, où une seule patiente l'a citée, nous avons vu que cela touchait 15 à 40 % des accouchées en post partum, dans notre étude, cela concerne 3,3 % des patientes. D'où l'intérêt de connaître la réelle prévalence des troubles urinaires dans notre population observée.

Il n'y a aucune étude publiée concernant le vécu des troubles urinaires des patientes en post partum. Néanmoins, comme l'exprimait Winicott quand il parlait de préoccupation maternelle primaire, le post partum est une période particulière dans la vie d'une femme, la mère est centrée sur le bien-être de son nouveau-né, pouvant conduire à une négligence de ses ressentis ou certains signes cliniques. Par exemple, une faiblesse du jet urinaire, une impression de vidange vésicale incomplète, quelques fuites urinaires peuvent être des symptômes occultés par la mère, très préoccupée par le bien-être du nouveau-né.

Par ailleurs, les troubles urinaires dans les représentations sont associés à plusieurs ressentis : perte de dignité, perte de l'estime de soi, déni, anxiété, dépression. (33) Dans une étude de Sword et al. 2011, il a été démontré que les patientes, ayant des troubles urinaires persistants après la naissance, avaient plus de risques de développer une dépression du post partum. (34)

Ainsi, tous ces points peuvent être des freins et expliqueraient la rareté de l'abord par les patientes, d'où le rôle important de la sage-femme dans le dépistage et l'information. (35)

Délivrance d'une information et types d'informations :

• *Délivrance d'une information*

Le taux de délivrance d'une information concernant les troubles urinaires, parmi les observations, était de 26,7 %. Il est également difficile de conclure vu le faible nombre d'informations délivrées au cours des observations. Néanmoins, la HAS recommande d'informer les femmes, les couples, sur les événements du post partum et notamment les modifications physiologiques pour la mère, les troubles éventuels pouvant survenir, leur prévention et leur surveillance. (36) En effet, il est important de s'assurer, dès les premiers jours après l'accouchement, du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et l'accouchement et notamment, lui délivrer une information sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales, pelviennes et abdominales. (4)

Ces informations ne sont peut-être pas délivrées quotidiennement au cours de chaque examen. Le temps médian dédié à chaque examen au sein de l'étude était de 13,5 min, il serait intéressant d'évaluer par une interrogation des sages-femmes, le moment qui leur semble le plus propice à la délivrance d'informations. Les conseils de sortie peuvent être, un temps, dédié à l'explication de la physiologie du post partum, des mesures à mettre en place et de l'évolution de ces troubles. Or, aucune observation de notre étude n'a été réalisée au cours de conseils de sortie.

Cependant, si la patiente exprime un quelconque trouble, il paraît important de pouvoir lui expliquer les mécanismes et les moyens de prévention. L'association internationale d'urogynécologie précise qu'une information et des conseils, délivrés dès les premiers jours suivant l'accouchement, pourraient prévenir l'apparition de certains troubles, notamment au niveau périnéal. (37)

Pour finir, une revue systématique, évaluant l'efficacité de la mise en place d'exercices de renforcement périnéal en post partum, a été réalisée. Dans cette étude, si l'initiation d'une rééducation précoce n'a pas montré de différences statistiquement significatives sur le tonus du périnée à 6 semaines du post partum, l'information des patientes a pu être évaluée. Un flyer explicatif était distribué pour expliquer les exercices, les postures et leur intérêt. Pour 81,4 % des patientes cette plaquette informative était très intéressante, mais 84,3 % d'entre elles l'ont trouvée moins utile voire inutile, lorsque cette dernière n'était pas accompagnée d'informations orales délivrées par un professionnel de santé. (38)

Dans certaines structures, une brochure sur le post partum, et notamment les troubles mictionnels, est distribuée, cela peut être envisagé au sein de l'HCE tout en accompagnant cette brochure d'informations par les professionnels. (Annexe 4)

- *Types d'informations délivrées*

Parmi les informations dispensées, six sages-femmes ont présenté des mesures hygiéno-diététiques à mettre en place (hydratation, miction fréquente, filet d'eau pour uriner). Une sage-femme a évoqué l'importance de la rééducation du périnée et deux autres ont proposé de réaliser une bandelette urinaire à la recherche d'une infection. Elles ont été catégorisées, de manière arbitraire, en quatre grands axes d'informations : règles hygiéno-diététiques, posture, explications sur la physiologie du post partum et l'évolution, aborder la rééducation.

Ces informations paraissent importantes : en effet, elles jouent le rôle de méthode préventive par une éducation des patientes et un diagnostic précoce, d'où une meilleure prise en charge.

Anne Battut, dans son livre *110 fiches pour le suivi post natal*, parle d'une éducation périnéale basée sur une éducation dite comportementale, cela passe par une éducation mictionnelle et défécatoire, une éducation alimentaire et une éducation comportementale (24)

L'ANAES ajoute, dans ses *recommandations sur la rééducation périnéale dans le cadre du post partum*, les principales informations et conseils préventifs à délivrer aux patientes en post partum, parmi elles on retrouve : l'importance de la visite post-natale, la fréquence et l'évolution des troubles urinaires et de la statique pelvienne, avec prise de conscience de la contraction périnéale, les conseils ergonomiques en lien avec les activités de la vie quotidienne (port de charges, position pour l'allaitement...), des notions diététiques.

Les informations retrouvées dans la littérature concernant les quatre grands axes à aborder sont :

- **Mesures hygiéno-diététiques** : il peut être conseillé, au niveau alimentaire, de privilégier les fibres pour lutter contre la constipation, de bien s'hydrater tout en évitant les excitateurs vésicaux en cas d'incontinence par urgenterie. Il est conseillé d'uriner régulièrement, les premiers temps, même si la sensation n'est pas présente afin de remettre en marche la commande sphinctérienne et d'éviter une stase urinaire trop importante. (24) (4) (39)
- **Mesures posturales** : Pour Bernadette de Gasquet, la posture à adopter dans la vie quotidienne est un élément clé à aborder afin de limiter les pressions au niveau du périnée, cela passe par : une limitation de port de charges lourdes, supérieures au poids du bébé. En station debout, limiter la cambrure et favoriser une rétroversion du bassin, lutter contre la constipation afin d'éviter les efforts de poussée. (39)

- **La rééducation périnéale** : la revue littéraire de Saboia et al. permettait d'évaluer l'efficacité de la mise en place d'exercices précoces de rééducation dès le séjour en maternité, ainsi que l'adhésion des patientes à ces programmes de rééducation. Les différentes études n'ont pas montré de différences statistiquement significatives par rapport à une rééducation initiée après six semaines du post partum, sur les troubles d'incontinence urinaire, mais dans les deux cas, la force musculaire était augmentée. Cependant, la clé du succès a été, selon les patientes, liée à un accompagnement par des professionnels dans la pratique des exercices mais aussi liée à des explications sur le plancher pelvien qui ont permis aux patientes d'adhérer aux exercices. (38)

Dans le mémoire de Mc Foulatier, ayant pour objectif de faire un état des lieux de la non-observance de la rééducation périnéale en post partum, on peut révéler que : sur les 214 accouchés interrogées, 65 % des patientes disent avoir reçu une information sur la rééducation périnéale, 25 % d'entre elles n'en n'ont pas reçu. La prescription n'est pas observée pour 26,6 % des patientes ayant reçu des informations contre 40 % des patientes qui n'en n'ont pas reçu n'observent pas la rééducation périnéale ($p=0,044$). De plus, chez les patientes ayant reçu une information 27,3 % d'entre elles n'ont pas intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post partum, contre 46,7 % qui ne l'ont pas intégrée chez les patientes n'ayant pas reçu d'informations. (40)

Il est donc nécessaire d'informer les patientes sur l'importance de la rééducation du périnée, les différentes méthodes rééducatives possiblement utilisées ainsi que le délai afin de l'initier. Cela est peut-être majoritairement délivré au cours des conseils de sortie. Cependant, quand la patiente évoque des fuites urinaires en amont des conseils de sortie, prendre un temps afin de lui expliquer les phénomènes et des méthodes de prévention paraît nécessaire pour dédramatiser ces troubles.

- **Les explications de la physiologie du post partum :** La réadaptation vésicale nécessaire à la suite d'une analgésie péridurale, à une hyperhydratation en cours de travail, les troubles de la continence généralement liés aux hormones et présents transitoirement, la reprise d'une conscience périnéale, sont des éléments permettant d'expliquer aux patientes les modifications corporelles associées au post partum. Ces explications ont ainsi pour objectif de rassurer les patientes sur toutes ces modifications auxquels elles peuvent faire face et permettent d'insister sur cet état généralement transitoire. (4) (39)

3. Perspectives et axes d'améliorations

L'avantage d'un audit clinique est qu'il permet d'identifier les axes d'améliorations possibles, et, dans notre cas, d'améliorer le dépistage et l'information concernant les troubles urinaires en post partum.

Restitution des données

Un des objectifs de l'évaluation des pratiques professionnelles est de pouvoir restituer les résultats à l'équipe observée. Cette étape peut permettre aux professionnels de se sensibiliser aux axes à améliorer mais également, de relever les points forts mis en évidence. Le fait de laisser un exemplaire au sein du service concerné mais également de réaliser un retour oral aux professionnels du service permettrait un échange autour des axes d'amélioration.

Elaboration d'un livret informatif

La distribution de flyer informatif, associée à une information orale pourrait être envisagée, cela se pratique déjà dans certaines maternités. En schématisant notamment le périnée, la vessie et en expliquant de manière simple la physiologie, ce support informatif encouragerait les sages-femmes à aborder les troubles urinaires de manière plus systématique.

Formation de sages-femmes

Connaître le ressenti des sages-femmes, notamment hospitalière, sur leur compétence et leur aisance pour la prise en charge des troubles urinaires en post partum, à travers une étude qualitative, serait intéressant. Des formations pourraient être proposées afin de sensibiliser les sages-femmes sur l'importance de leur rôle en UME dans le dépistage des troubles urinaires

ainsi que leur apporter des outils pour la prévention et les différents conseils à administrer aux patientes.

Information en anténatal

Enfin, l'information des patientes en anténatal, notamment en cours de préparation à la naissance avec une partie sur les modifications corporelles en post partum, pourrait être intéressante à évaluer. En effet, informer les patientes en amont, dans une période où elles sont encore pleinement à l'écoute, permettrait une meilleure intégration des informations qu'après l'arrivée d'un nouveau-né.

V. Conclusion

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de dépistage des trois principaux troubles urinaires du post partum, lors de l'examen quotidien en unité mère enfant. Nos résultats montrent un dépistage assez systématique des signes d'infections urinaires mais un dépistage beaucoup moins systématique sur les signes de dysurie et d'incontinence urinaire.

Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer le taux de troubles urinaires abordés par les patientes au cours de l'examen, ainsi que le nombre de professionnels délivrant une information et le type d'informations délivré. Nous avons remarqué un abord assez faible de troubles urinaires par les patientes. La délivrance d'informations par les sages-femmes n'est pas réalisée dans la majorité des cas, mais l'examen quotidien n'est peut-être pas le moment le plus approprié, possiblement par manque de temps. Enfin, concernant les types d'informations délivrés, les règles hygiéno-diététiques sont les conseils les plus couramment administrés à contrario des explications sur la physiologie du post partum ou les mesures posturales qui n'ont été évoquées par aucune sage-femme.

L'aisance des professionnels face à une patiente évoquant des troubles, leur ressenti sur leur compétence ainsi que les outils utilisés pour répondre au mieux à une patiente symptomatique, seraient des éléments intéressants à évaluer. Par ailleurs, le temps dédié à l'examen reste assez limité en fonction de l'activité du service, ce qui peut expliquer le manque de temps consacré au dépistage des troubles par les professionnels. Il serait intéressant de sonder les sages-femmes quant au moment le plus approprié pour délivrer une information. De plus, la distribution d'un flyer informatif sur le périnée et la vessie après un accouchement, ainsi que les principaux conseils à délivrer pourraient être un support facilitant l'abord par les sages-femmes qui le réaliserait peut-être de manière plus systématique.

Enfin, l'abord en anténatal, et notamment au moment des cours de préparation à la naissance, préparerait les patientes à l'après accouchement, dans une période où l'intégration d'informations est généralement plus efficace qu'après l'arrivée d'un nouveau-né.

Bibliographie

1. Guide du post partum OMS [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66396/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf;jsessionid=6590D115E0D99AEAB48C40ACD33D56C1?sequence=1
2. l'Urologie M de. Problèmes urologiques rencontrés au cours de la grossesse [Internet]. 2018 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/problemes-urologiques-rencontres-au-cours-de-la-grossesse>
3. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. J Am Board Fam Pract. oct 1991;4(5):341-4.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
5. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes
6. Guiheneuf A, Weyl B. [Postpartum-urinary retention. A report of two cases and a review of literature]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). oct 2008;37(6):614-7.
7. reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf
8. Effet Hawthorne. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Effet_Hawthorne&oldid=175419449
9. Effet de halo [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: http://www.toupie.org/Biais/Effet_halo.htm
10. Prise en charge urologique des vessies neurogènes : Partie 4 : Les pathologies en neuro-urologie : Chapitre F : Troubles vésico-sphinctériens et neuropathies périphériques : le modèle du « Guillain Barré » [Internet]. 2018 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/prise-en-charge-urologique-des-vessies-neurogenes-partie-4-les-pathologies-en-3>
11. Masson E. Déchirures périnéales récentes, épisiotomie [Internet]. EM-Consulte. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1279595/dechirures-perineales-recentes-episiotomie>
12. Deffieux X. Troubles mictionnels et grossesse. :86.

13. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* févr 1996;103(2):154-61.
14. Réflexions sur la prise en charge des troubles de la statique pelvienne – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/reflexions-sur-la-prise-en-charge-des-troubles-de-la-statique-pelvienne/>
15. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 6 mars 2003;348(10):900-7.
16. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* sept 2004;191(3):917-27.
17. Humburg J, Holzgreve W, Hoesli I. Prolonged postpartum urinary retention: the importance of asking the right questions at the right time. *Gynecol Obstet Invest.* 2007;64(2):69-71.
18. Carley ME, Carley JM, Vasdev G, Lesnick TG, Webb MJ, Ramin KD, et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* août 2002;187(2):430-3.
19. Ching-Chung L, Shuenn-Dhy C, Ling-Hong T, Ching-Chang H, Chao-Lun C, Po-Jen C. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* oct 2002;42(4):365-8.
20. Olofsson CI, Ekblom AO, Ekman-Ordeberg GE, Irestedt LE. Post-partum urinary retention: a comparison between two methods of epidural analgesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* janv 1997;71(1):31-4.
21. Demaria F, Boquet B, Porcher R, Rosenblatt J, Pedretti P, Raibaut P, et al. Post-voiding residual volume in 154 primiparae 3 days after vaginal delivery under epidural anesthesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mai 2008;138(1):110-3.
22. Pertek JP, Haberer JP. Effets de l'anesthésie sur la miction et rétention aiguë d'urine postopératoire. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 1 janv 1995;14(4):340-51.
23. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int.* 2002;89(5):469-76.
24. Battut A, Harvey T, Lapillonne A. 110 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant. Elsevier Health Sciences; 2020. 433 p.
25. Les-droits-de-prescription-des-sages-femmes.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Les-droits-de-prescription-des-sages-femmes.pdf>

26. Rééducation-pelvi-périnéale-2014.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/05/R%C3%A9%C3%A9ducation-pelvi-p%C3%A9rin%C3%A9ale-2014.pdf>
27. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. *J Am Board Fam Pract.* oct 1991;4(5):341-4.
28. Rétention vésicale du post-partum [Internet]. 2020 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/retention-vesicale-du-post-partum>
29. Guiheneuf A, Weyl B. Rétention aiguë d'urine du postpartum. À propos de deux cas et revue de la littérature. /data/revues/03682315/v37i6/S0368231508002123/ [Internet]. 10 juin 2010 [cité 26 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/256078>
30. Yip S-K, Sahota D, Chang AMZ, Chung TKH. Four-year follow-up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol.* sept 2002;187(3):648-52.
31. Socquet M. Prévalence et prise en charge de l'incontinence urinaire pendant la grossesse. :42.
32. Poisson G. Prise en charge de l'incontinence urinaire en ante-partum: étude descriptive auprès des sages-femmes. :46.
33. Gogniat V, Rae A-C, Séraphin M-A, Rosso AD, Herrmann FR. Incontinence urinaire : connaissances, représentations et pratiques des soignants. Enquête aux Hôpitaux universitaires de Genève. *Rech Soins Infirm.* 2011;N° 107(4):85-97.
34. Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2011;118(8):966-77.
35. Marshall JE, Raynor MD. Myles' Textbook for Midwives E-Book. Elsevier Health Sciences; 2014. 799 p.
36. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *Rev Sage-Femme.* avr 2014;13(2):84-98.
37. Obstetric Pelvic Floor Trauma [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.iuga.org/membership/special-interest-groups/obstetric-pelvic-floor-trauma?highlight=WyJlcmluYXJ5IiwiaW5jb250aW5lbnNliiwiaW5jb250aW5lbnQiLCJvZiIsIm9mJyIsInBvc3RwYXJ0dW0iLCJlcmluYXJ5IGluY29udGluZW5jZSIsIm9mY29udGluZW5jZSBvZiIsIm9mIHBvc3RwYXJ0dW0iXQ==>
38. Saboia DM, Bezerra K de C, Vasconcelos Neto JA, Bezerra LRPS, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 3):1460-8.
39. De Gasquet B. Périnée, arrêtons le massacre. Hachette livre; 2011.

40. Foulatier M-C. Etat des lieux de la non-observance de la prescription des séances de rééducation périnéale dans le post-partum à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges. Guine M, Etifier M-B, Hôpital du Cluzeau. Ecole de sages-femmes (Limoges), éditeurs. 2013 [cité 22 mars 2021]; Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-10365>

Annexes

Annexe 1 et 2 : Fiche d'information du service et des patientes

NOTICE D'INFORMATION SUR UN PROJET DE RECHERCHE
Troubles urinaires et post partum (TuPP)

Madame, Monsieur,

Cette fiche vous informe d'un projet de recherche, planifié ou en cours, organisé par le service Unité Mère-Enfant du C.H.U. Grenoble Alpes. **Nous vous remercions d'avance d'en prendre connaissance.**

DESCRIPTIF DE L'ETUDE

Cette recherche consiste à évaluer certaines prises en charge durant l'examen général du post partum

Cette étude devrait débuter en octobre 2020 et il est prévu qu'elle s'achève en février 2021.

BENEFICES, CONTRAINTES ET RISQUES

Ce projet utilisera les données du dossier médical de patients pris en charge dans ce service, pour faire progresser les connaissances et les pratiques médicales. Seules des données normalement acquises dans le cadre d'une prise en charge seront utilisées.

La prise en charge du patient n'est aucunement modifiée par l'utilisation de ses données médicales ou par son opposition à cette recherche.

CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de données personnelles va être mis en œuvre.

Les données que nous prévoyons de collecter sont les suivantes :

- Âge, parité
- Type d'accouchement, durée du travail et état périnéal
- Existence en cours de travail : d'un sondage évacuateur et/ou d'une analgésie péridurale

VOS DROITS

Vous disposez de droits d'accès et de rectification, d'opposition et d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL).

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

- Si vous ne vous opposez pas à l'utilisation des données de votre dossier médical, vous n'avez rien à faire.
- Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données pour ce projet, vous pouvez :
 - En parler directement au personnel du service que vous rencontrez aujourd'hui.
 - Contacter le responsable de l'étude ou le délégué à la protection des données (voir ci-dessous).

VOS CONTACTS

Pour exercer vos droits, ou pour toute question à ce sujet :

- Vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du CHU Grenoble Alpes par mail (protection-donnees@chu-grenoble.fr) ou par téléphone au 04.76.76.82.02
- Une demande peut aussi être envoyée par courrier à CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données, CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09.
- Vous pouvez demander un formulaire d'opposition à l'accueil du service Unité Mère-Enfant

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le responsable ci-dessous :

<p>Investigateur responsable de l'étude : Mme Eva Infuso</p> <p>Coordonnées :</p> <p>CHU Grenoble Alpes, IFPS Département de Maïeutique, CHUGA CS10217 CHU, 38043 GRENOBLE Cedex 09</p>	<p>Organisme responsable du traitement des données :</p> <p>CHU Grenoble Alpes</p> <p>Coordonnées :</p> <p>CHU Grenoble Alpes - DRCI Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9 Tel : 04 76 76 59 57</p>
---	---

FORMULAIRE D'OPPOSITION

Troubles urinaires et post partum (TuPP)

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Je soussigné(e) Madame/Monsieur (nom et prénom) demande à faire valoir mon droit d'opposition à l'utilisation des données à caractère personnel de mon dossier médical dans le cadre de cette recherche.

Date : ___/___/___

Signature :

Formulaire à renvoyer à :

**CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données
CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09**

Ou à remettre au secrétariat du service médical qui transmettra

Ou en version scannée par email à protection-donnees@chu-grenoble.fr

Annexe 3 : Grille d'évaluation

Observation n°=
Age maternel
Parité	<input type="checkbox"/> Primipare <input type="checkbox"/> Multipare
Type d'accouchement	<input type="checkbox"/> Eutocique Dystocique <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Ventouse
Etat périnéal	<input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> 1 ^{er} degré <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} degré <input type="checkbox"/> LOSA <input type="checkbox"/> Episiotomie
Sondage évacuateur en cours de travail :	<input type="checkbox"/> oui (Si oui nombre =.....) <input type="checkbox"/> non
Durée du travail :	En h.....
Analgésie péridurale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles urinaires abordés :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, le(s)quel(s) :	
Rétention urinaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Infection urinaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Information délivrée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, Type d'information : (Règles hygiéno-diététique, physiologie du post partum, posturale, rééducation)

Abord par la patiente ?	<input type="checkbox"/> oui (type.....) <input type="checkbox"/> non
Durée de l'examen :	En min
Présence d'une tierce personne pendant l'examen :	<input type="checkbox"/> oui (qui ?.....) <input type="checkbox"/> non
Sage-femme : - Années d'expérience - DU (gynéco, sexo, rééducation) <input type="checkbox"/> oui (si oui, lequel ?.....) <input type="checkbox"/> non

Annexe 4 : Modèle de flyer explicatif

Après la naissance de votre enfant

Lors de la grossesse et de l'accouchement, le périnée est distendu. Il peut-être déchiré ou sectionné chirurgicalement (épisiotomie). Dans certains cas, il se contracte moins bien. Les troubles possibles sont : une béance vulvaire ou vaginale, une diminution des sensations, des pertes urinaires ou anales, une descente d'organe (prolapsus génital) ou des douleurs lors des rapports sexuels.

Que se passe-t-il les premiers jours ?

Les premiers jours après l'accouchement, votre périnée peut être endolori et vous pouvez avoir des difficultés à le contracter. Il arrive de ne pas pouvoir contrôler les urines, les selles ou les gaz. Dans la plupart des cas, cet état est transitoire.

Quelle hygiène pour votre périnée ?

Gardez votre périnée toujours propre. Il est conseillé de ne pas savonner la vulve et d'utiliser une solution à base de camomille. Laissez-la couler sur votre périnée (du bas du ventre au coccyx). Elle calme les douleurs, désinfecte et favorise la cicatrisation. Pour vous sécher, tamponnez-vous délicatement à l'aide de papier toilette ou d'une lingette sèche. Changez très régulièrement de serviette hygiénique.

Comment soulager les douleurs du périnée ?

Les déchirures périnéales et les épisiotomies entraînent généralement des douleurs et des picotements, qui s'atténuent après trois jours. Les fils des points de suture se résorbent spontanément vers le 10^e jour. La peau du périnée cicatrise en six à dix jours.

Pour soulager les douleurs, prenez les antalgiques conseillés par votre médecin. Vous pouvez également utiliser une poche à glace, notamment en cas d'œdème. Appliquez-la pendant 15 minutes, deux à quatre fois par jour.

Comment gérer les problèmes urinaires ou anaux ?

Après avoir uriné ou être allé à la selle, essuyez-vous d'avant en arrière afin d'éviter les infections urinaires.

En cas de difficultés à uriner, évitez les efforts de poussée. Allez aux toilettes toutes les deux heures, même si vous n'en ressentez pas le besoin. Les troubles de la miction, soit les difficultés à uriner ou les pertes urinaires, sont fréquents après un accouchement. Ils sont transitoires. La sensibilité au niveau de votre périnée est souvent diminuée. Cela peut être dû à une anesthésie, un œdème, une déchirure ou une épisiotomie.

Évitez également de pousser sur votre périnée lorsque vous allez à la selle. Pour faciliter l'évacuation adoptez la position suivante :

1. Genoux plus haut que le bassin.
Pieds surélevés et légèrement « en dedans », pour ouvrir le périnée postérieur.
2. Buste légèrement penché en avant.

Une alimentation riche en fibres ainsi qu'une hydratation suffisante facilitent la reprise d'un transit normal.

En cas de pertes urinaires ou anales persistant 30 jours après votre accouchement, informez-en votre homme sage-femme ou votre sage-femme ou votre médecin.



Le verrouillage périnéal

Ces positions sont efficaces pour éviter les pertes urinaires. Adoptez-les lorsque vous toussiez ou éternuez en station debout.

- ▶ Redressez-vous, rentrez le ventre et croisez les jambes (position 1)
- ▶ Redressez-vous, tournez la tête sur le côté (position 2).



Position 1

Position 2

Que faut-il éviter ?

Lorsque vous êtes encore hospitalisée, évitez d'utiliser la poignée au-dessus de votre lit. Chaque traction occasionne une poussée extérieure sur vos organes et écarte vos abdominaux.

Au cours du premier mois après l'accouchement, ne portez pas des charges dont le poids excède celui de votre bébé.

Durant les quatre à six semaines pendant lesquelles vous avez des pertes sanguines, les bains et la natation sont proscrits afin d'éviter tout risque d'infection. Vous pouvez cependant prendre des douches.

Ne pratiquez pas l'interruption volontaire de la miction (le « pipi-stop »), censée renforcer le périnée. Elle déstabilise le fonctionnement de la vessie et peut augmenter le risque d'infection urinaire.