

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBSTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2023

LES SAGES-FEMMES ET L'INCONTINENCE URINAIRE
D'EFFORT CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER EN
BONNE SANTÉ

MÉMOIRE PRÉSENTE PAR :

Madame Fiona SCIPION

Née le 14 mars 1998

SOUS LA DIRECTION DE :

Docteur Annabelle AUBLÉ

**LES SAGES-FEMMES ET L'INCONTINENCE URINAIRE
D'EFFORT CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER EN
BONNE SANTÉ**

Remerciements

Je remercie dans un premier temps, l'équipe enseignante de l'école de sage-femme et en particulier Madame Legendre guidante de ce mémoire.

De plus, je tiens à remercier le Docteur Aublé qui m'a accompagnée pour la réalisation de ce mémoire.

Merci aux sages-femmes ayant répondu au questionnaire, sans qui ce travail n'aurait pas de sens.

Je tiens également à remercier ma famille, Romain, mes amis de longue date, mes copines de promo pour leur soutien sans faille durant toutes ces années d'études.

SOMMAIRE

Remerciements

Glossaire

Introduction..... 1

1 REVUE DE LA LITTÉRATURE : L'INCONTINENCE URINAIRE 3

1.1 DÉFINIR L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT..... 3

1.2 L'IUE EST UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE 3

1.2.1 *Un sujet tabou*..... 3

1.2.2 *La prévalence*..... 4

1.2.3 *Impact sur la vie des femmes* 5

1.3 LES RAPPELS ANATOMIQUES 7

1.3.1 *L'appareil vésico-urétral*..... 7

1.3.2 *La structure osseuse et musculaire*..... 8

1.3.3 *Adaptation posturale anticipatrice* 9

1.4 PHYSIOLOGIE DE LA CONTINENCE 9

1.5 PHYSIOPATHOLOGIE DE L'IUE..... 9

1.5.1 *Défaut du tissu de soutien urétral*..... 10

1.5.2 *L'insuffisance sphinctérienne* 10

1.5.3 *La théorie neuromusculaire*..... 10

1.5.4 *La fatigabilité musculaire*..... 10

1.6 FACTEURS DE RISQUES DE L'IUE 11

1.6.1 *La grossesse*..... 11

1.6.2 *L'accouchement*..... 11

1.6.3 *Le post-partum*..... 12

1.6.4 *Les facteurs de risques individuels* 13

1.7 PREVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'IUE 14

1.7.1 *Stratégie de prévention*..... 14

1.7.2 *Le diagnostic*..... 14

1.7.3 *Les traitements*..... 16

1.8 SAGES-FEMMES ET IUE 20

2 RECHERCHE..... 23

2.1 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES..... 23

2.1.1 *Question de recherche* 23

2.1.2	<i>Hypothèses</i>	23
2.1.3	<i>Objectif de l'étude</i>	23
2.2	METHODOLOGIE ENVISAGEE.....	24
2.2.1	<i>Population ciblée</i>	24
2.2.2	<i>Démarche envisagée</i>	24
2.2.3	<i>Déroulement de l'étude</i>	25
3	RESULTATS	26
3.1	DESCRIPTION DE LA POPULATION	26
3.2	LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES	27
3.3	LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES	32
3.3.1	<i>L'interrogatoire</i>	32
3.3.2	<i>L'examen clinique</i>	33
3.4	LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'IUE.....	34
3.5	LA PREVENTION	35
3.6	LES FREINS A LA PRISE EN CHARGE DE L'IUE	36
3.7	LES SAGES-FEMMES PRATIQUANT LA REEDUCATION DU PERINEE.....	36
4	DISCUSSION	39
4.1	CONFRONTATION DES RESULTATS OBTENUES AUX DONNEES DE LA LITTERATURE 39	
4.2	REPONSES AUX HYPOTHESES	43
4.2.1	<i>Hypothèses n°1 : Les sages-femmes ont les connaissances nécessaires concernant l'IUE</i>	43
4.2.2	<i>Hypothèses n°2 : Les sages-femmes font de la prévention et dépistent toutes les femmes en âge de procréer et en bonne santé</i>	44
4.2.3	<i>Hypothèses n°3 : Les sages-femmes prennent en charge l'IUE par la rééducation du périnée</i>	45
4.3	BIAIS ET LIMITES DE LA RECHERCHE	45
4.4	OUTILS ET SOLUTIONS POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie	
	Annexes	

Glossaire

AAPI : Associations d'Aide aux Personnes Incontinentes

AFU : Association Française d'Urologie

AHCPR : Agency for Health Care Policy and Research

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

ASLR : Active Straight Leg Raise

CDRMG : Centre de Documentation et Recherche en Médecine Générale

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

ICI : International Consultation on Incontinence

ICS : International Continence Society

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

IU : Incontinence Urinaire

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

MHU : Mesure du Handicap Urinaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NIH : National Institutes of Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UE : Unité d'Enseignement

Introduction

Durant toutes nos études en sciences maïeutiques, nous apprenons que le périnée joue un rôle important dans la vie d'une femme, commençant par l'acquisition de la propreté urinaire et anale ainsi que la découverte du corps avec la différenciation sexuelle. Le périnée est impliqué dans la sexualité par le plaisir féminin mais également dans les violences que peuvent subir les femmes : abus sexuels, traumatismes, excision... De plus le périnée est lié à des moments de vie par le soutien de l'utérus gravide, l'accouchement ou au contraire à des moments de tristesse profonde par les fausses couches ou interruption de grossesse. Durant toute la vie de la femme, sans interruption, le périnée joue un rôle de soutien des viscères, permet la statique pelvienne et la continence. Cependant, il se peut qu'il n'arrive plus à effectuer totalement son travail. C'est à ce moment qu'apparaît l'incontinence urinaire d'effort (IUE). Nous avons pu remarquer au cours de nos stages, en consultation et dans les services de soins que l'IUE peut arriver à tout âge et impacter considérablement la qualité de vie. Les troubles du périnée sont de plus en plus reconnus, c'est pourquoi nous voyons émerger la périnéologie, discipline médicale qui permet de mettre en commun l'ensemble des connaissances médicales propres à chaque spécialité concernant cette région anatomique c'est-à-dire l'urologie, la gynécologie, la rééducation fonctionnelle et la kinésithérapie. L'implication de la sage-femme est donc nécessaire (1). La sage-femme est compétente dans la prévention, le diagnostic et le traitement de l'IUE. Elle est souvent la personne à laquelle les femmes peuvent se confier. L'IUE est un problème de santé publique trop souvent banalisé, notamment si nous considérons les publicités pour les protections hygiéniques. En 2003, en France, le coût total annuel de l'IUE était estimé à 4,6 milliards d'euros (2).

Nous en sommes venue à nous poser la question suivante : quelles sont les connaissances et les pratiques des sages-femmes concernant le dépistage, la prévention et la prise en charge de l'IUE des femmes en âge de procréer et en bonne santé ?

Nos hypothèses de départ étant que les sages-femmes disposent de connaissances théoriques nécessaires concernant l'IUE. Deuxièmement, qu'elles mènent des actions de prévention et dépistent toutes les femmes en âge de procréer et en bonne santé. Et pour finir, que les sages-femmes prennent en charge l'IUE au moyen de la rééducation du périnée.

La première partie de ce travail sera consacrée à une revue de la littérature à propos de l'IUE avec une approche des méthodes de prévention et une analyse de son diagnostic et de ses traitements. La deuxième partie, se concentrera sur la méthodologie employée pour notre recherche. Dans une troisième partie, nous présenterons les résultats de notre enquête puis nous discuterons les résultats obtenus.

1 Revue de la littérature : l'incontinence urinaire

1.1 Définir l'incontinence urinaire d'effort

L'incontinence urinaire (IU) est définie comme toute perte involontaire d'urines par l'urètre. L'International Consultation on Incontinence (ICI) dénombre au moins onze types d'IU. Les plus fréquentes sont l'incontinence urinaire d'effort (IUE), l'IU par urgenturie et l'IU mixte. L'International Continence Society (ICS) est chargée d'harmoniser les nomenclatures utilisées en urologie (3). Elle a déterminé pour l'IUE la définition suivante : « toute perte involontaire d'urines, quelle que soit la gêne occasionnée et l'importance de la fuite, par le méat urinaire quelle que soit l'intensité de l'effort physique, occasionnant une élévation de la pression abdominale non précédée par une sensation de besoin d'uriner ». Il est important de la dissocier de l'IU par urgenturie car elles n'ont pas la même origine ni le même traitement. L'IU par urgenturie se caractérise par des impériosités et une sensibilité de la vessie à certaines situations. L'IU mixte associe une urgence mictionnelle à une IUE. Notons que l'IUE peut être accompagnée ou non d'une incontinence anale. Cette dernière est définie comme l'émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides ou solides ayant un retentissement social ou hygiénique. Chaque incontinence a des caractéristiques spécifiques mais des points communs les rassemblent. L'incontinence reste un sujet tabou qui a des répercussions sur la vie des femmes. Dans ce travail, nous avons fait le choix de centrer notre recherche sur l'IUE chez les femmes en âge de procréer en bonne santé.

1.2 L'IUE est un problème de santé publique

1.2.1 Un sujet tabou

Avant les années 1980, l'IU était considérée comme un problème dû à l'âge ou à une démence sénile. À partir de 1985, avec l'avènement de la rééducation périnéale urogynécologique post-natale la parole des femmes a pu se libérer (4). Malgré cette libération de la parole, l'IUE reste une pathologie « honteuse » et taboue. 30 à 40% des femmes ont toujours une prise en charge insuffisante en l'absence de formulation d'une demande de leur part (5). L'entourage familial et social de la patiente peut être un obstacle à la libération de la parole en considérant ce problème avec de la moquerie, du dénigrement et de l'agacement (6).

L'IU étant un problème de santé publique, il est important de communiquer et informer la population sur ce trouble. En 2001, a été créé par l'Association Française

d'Urologie (AFU) « La semaine de l'Incontinence ». Celle-ci a pour objectif d'informer sur l'IU et de proposer des bilans et des aides (7). L'information est relayée par les réseaux sociaux et par des affiches. Cependant, cette semaine de l'incontinence est organisée dans les centres d'urologie de France auxquels un grand nombre de femmes n'ont pas accès. De plus, les sages-femmes qui jouent un rôle important dans la prévention, le dépistage et le traitement de l'IUE n'y sont pas représentées. Parallèlement, des associations ont vu le jour, comme l'AAPI (Associations d'Aide aux Personnes Incontinentes) visant à expliquer l'incontinence et aider les personnes qui en souffrent (8). Comme les femmes n'osent pas évoquer leur problème d'incontinence, elles se tournent facilement vers internet pour rechercher des informations. Malheureusement, celles-ci ne sont pas toujours de qualité satisfaisante (9). Aujourd'hui, l'IU fait même l'objet de publicité vantant les mérites des outils de « camouflages » au lieu d'inciter au traitement. Au regard de ce sujet tabou, il reste difficile de faire des études de qualité montrant la véritable prévalence de l'IUE.

1.2.2 La prévalence

La prévalence de l'IU est très variable dans la littérature scientifique. L'IU concerne entre 25 et 45 % des femmes dans la population générale (10). Les données retrouvées montrent que l'IUE est l'IU la plus fréquente chez les femmes de moins de 60 ans (4). L'étude de Bump et Norton montre que différents paramètres font varier la prévalence de l'IUE comme des âges surreprésentés, des catégories socio-professionnelles différentes, une interprétation différente de l'IUE par les femmes. Mais également en fonction de la question sur l'IUE formulée à la patiente (11). De plus, les méthodes ou les outils pour le recueil de données sont différents d'une étude à une autre (5). Pour remédier à cela, il serait intéressant que chaque enquête soit basée sur un questionnaire international standardisé et validé où les symptômes d'une IUE seraient énumérés et détaillés (12). Voici, cependant, un tableau récapitulatif des prévalences retrouvées dans la littérature (13–18):

	Auteurs	Organisme	Année	Groupe de personnes	Prévalence
Étude 1	Peyrat L. et al (13)	AFU (Association Française d'Urologie)	1998	1700 femmes employées du CHU Tours de 20-62ans	25,6 % pour les femmes de moins 55ans
Étude 2	Alnajif B. et Drouz H.P. (18)	Canada	2001	229 élèves du secondaire nulligestes	15 % chez les adolescentes
Étude 3	Vallée J-P. et al (15)	Société française de documentation et de recherche en médecine générale	2002	2116 femmes	En fonction des définitions : 20 %, 53%, 40 %
Étude 4	Danet S. et al (16)	IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé)	2006	Femmes > 16ans	12,5 % Dont 6% chez les 25-44 ans
Étude 5	Bloch J. et Alvarez F. (14)	InVS, Réseau Sentinelles, Inserm	2007	2183 Femmes supérieures à 18ans consultant un MG	17,4 %
Étude 6	Pizzoferrato A-C. et al (17)	CHI Poissy	2014	315 étudiantes nullipares d'établissement d'enseignement supérieur et professionnel de la région IDF	29%

La prévalence de l'IUE en France se situe dans la moyenne européenne. La prévalence française reste inférieure à des pays tels que la Norvège ou l'Autriche (19). Une enquête menée dans quatre pays d'Europe (France, Allemagne, Espagne, Royaume-Uni) a montré que le taux de consultation pour une IU en Allemagne et en France est de moins de 40 % alors qu'en Espagne et au Royaume-Uni, elle est de moins de 25 % (20). Nous allons maintenant expliquer de quelles manières l'IUE impacte la vie des femmes.

1.2.3 Impact sur la vie des femmes

- La qualité de vie

La qualité de vie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993 : « comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation au éléments essentiels de son environnement. » (21).

- L'altération de la qualité de vie

Dans un contexte d'IUE, l'altération de la qualité de vie est marquée par un isolement social et une baisse de la mobilité physique (22). La vie professionnelle est également impactée. Une étude réalisée en Australie auprès de sages-femmes et d'infirmières montrent que parmi elles, 32 % souffrent d'IUE. De plus, celles qui ont des symptômes « sévères ou très sévères » envisagent de quitter leur travail (23). En ce qui concerne la

vie sexuelle, l'abstinence augmente passant de 29 % chez les femmes continentes à 53 % chez les femmes incontinentes. De plus, une diminution du désir, du confort et de la satisfaction sexuelle est à noter malgré une activité sexuelle similaire. Pour finir, l'impact sur la sexualité pourrait être associé à une insécurité psychologique et une mauvaise image de soi en lien avec l'IUE (24). L'impact de l'IUE se fait ressentir également sur la pratique sportive et la santé psychologique. Certaines femmes perdant leur autonomie deviennent dépressives (25). Les dépenses personnelles de produits hygiéniques sont augmentées. Le Réseau Sentinelle évoque que 48 % des femmes ayant une IU doivent porter tous les jours une protection absorbante, en majorité des protèges slips (14). Dans certains pays d'Europe, tels que la Suède et l'Autriche, les femmes ont des possibilités de remboursement des protections hygiéniques. En France, les femmes ne bénéficient pas de ces aides (26). C'est pour tous ces éléments que l'IUE est la pathologie du bas appareil urinaire la plus gênante à supporter pour les patientes (27). Le National Institutes of Health (NIH) a publié un article en 2006 montrant que les femmes seraient prêtes à payer pour une amélioration de 25 à 100 % de leurs IUE (28,29).

- Moyen d'évaluation de la qualité de vie avec une IUE

L'impact de l'IUE chez les femmes est difficile à évaluer du fait des différents symptômes et des caractéristiques pour chaque femme. C'est pourquoi, des questionnaires ont été créés pour répondre au mieux à cette question. Pour commencer, il y a les échelles généralistes de qualité de vie comme la SF-36 (Short Form 36). Celle-ci est peu sensible à l'IUE et à l'amélioration après le traitement. Le deuxième type d'échelles sont les échelles spécifiques de l'IU, une seule s'intéresse à l'IUE. L'échelle Contilife est composée en plusieurs parties (30). Les domaines les plus impactés lors d'une IUE sont les situations d'effort et l'impact émotionnel (14). Pourquoi certaines femmes vont souffrir d'IUE ? Pour chercher à mieux comprendre les mécanismes de l'IUE nous avons choisi d'étudier en premier lieu les éléments anatomiques qui permettent la continence.

1.3 Les rappels anatomiques

La cavité pelvienne est composée d'avant en arrière de la vessie, de l'utérus positionné au-dessus du vagin puis du rectum. Ces organes reposent sur le plancher pelvien.

1.3.1 L'appareil vésico-urétral

L'appareil urinaire pelvien de la femme est composé des uretères pelviens, de la vessie et de l'urètre. La vessie est un organe creux permettant le stockage à basse pression des urines. Elle est constituée du plus superficiel au plus profond de l'adventice, du détrusor qui est le muscle de la vessie et de l'urothélium. Elle possède trois zones ayant une structure différente. La première est la calotte ou dôme qui est la zone mobile et extensible de la face supérieure de la vessie. La deuxième, le trigone vésical formé à sa base de l'abouchement des deux uretères et en sa pointe de l'orifice urétral. À l'intérieur de ce trigone, se trouve les fibres du muscle urétérique formant le muscle trigonal. La dernière est le col vésical composé de deux types de fibres. Les fibres musculaires lisses circulaires en externe permettant de fermer le col vésical et les fibres musculaires lisses longitudinales en interne permettent quant à elles d'ouvrir le col et de raccourcir l'urètre. Le col vésical et l'urètre forme un angle physiologique de 90-100°.

L'urètre féminin mesure en moyenne 3 à 4 centimètres. Il se dirige vers le bas et l'avant avec un angle de 30° pour aller s'aboucher dans la fente uro-génitale du plancher pelvien. Le sphincter urétral s'étend sur toute la longueur de l'urètre et est constitué de fibres musculaires striées circulaires qui entourent les fibres musculaires lisses. Il possède une zone maximale de pression au niveau du tiers moyen de l'urètre. Les fibres s'insèrent, dans leur partie distale, sur la paroi antérieure du vagin formant le muscle uréthro-vaginal. Ce dernier étant renforcé par le muscle compresseur de l'urètre (31). L'innervation de l'appareil vésico-urétral est à la fois autonome et somatique. En ce qui concerne l'innervation autonome, nous retrouvons le système sympathique et parasympathique. Le noyau du système sympathique est localisé au niveau dorso-lombaire. Il est responsable de la relaxation vésicale par l'inhibition du détrusor ainsi que par la stimulation des fibres musculaires lisses. À l'inverse le noyau du système parasympathique est localisé dans la région sacrale et permet la contraction détrusorienne par la stimulation du détrusor et l'inhibition des fibres musculaires lisses. L'innervation somatique provient du nerf

puddendal situé au niveau du sacrum. Il participe au tonus du sphincter strié urétral en lui permettant une contraction volontaire (32).

1.3.2 La structure osseuse et musculaire

Le petit bassin est constitué des os iliaques latéralement et en avant, ainsi que du sacrum et du coccyx en arrière. Il est séparé de la cavité abdominale par un détroit supérieur délimité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes arquées des os coxaux et en arrière par le promontoire du sacrum. Les os s'articulent entre eux mais sont peu mobiles.

Le plancher pelvien vient s'insérer sur les os du petit bassin. Une ligne passant par les deux tubérosités ischiatiques permet de séparer le périnée antérieur (région uro-génitale avec le méat urinaire et le vagin) du périnée postérieur (région anale avec l'anus). Le périnée est constitué d'aponévroses et de muscles disposés en différents plans : cutané, superficiel, moyen et profond. Le plan cutané correspond aux organes génitaux externes. Le plan superficiel du périnée comprend quatre muscles : le muscle ischio-caverneux, le muscle bulbo-spongieux, le muscle transverse superficiel et le muscle constricteur de la vulve. Dans la partie antérieure nous retrouvons une aponévrose et dans la partie postérieure nous retrouvons le sphincter externe de l'anus. Ce plan est traversé par le vagin et l'urètre. Le plan moyen du périnée se situe exclusivement dans la partie antérieure du périnée. Il est intercalé entre les fascias supérieur et inférieur de l'aponévrose moyenne. Ce plan est constitué du muscle transverse profond et du sphincter externe strié de l'urètre. Pour finir, le plan profond ou diaphragme pelvien, est constitué de deux muscles pairs : le muscle élévateur de l'anus et le muscle coccygien. Le diaphragme pelvien permet la délimitation entre le périnée et la cavité pelvienne. Le muscle élévateur de l'anus est constitué des muscles pubococcygien et iliococcygien. Le muscle pubococcygien est lui-même constitué des différents faisceaux musculaires (31). Les muscles sont constitués de fibres musculaires de type I, pour permettre une contraction lente, tonique et prolongée afin de répondre aux pressions intra-abdominales continues (32). Le tonus de basse augmente par la contraction volontaire du plancher pelvien lors de pressions plus importantes. En plus des muscles qui jouent un rôle de soutien, les ligaments permettent un système de suspension et les fascias forment un système cohésif. Ces systèmes sont souples mais doivent être assez résistants pour préserver la statique pelvienne en situation d'hyperpression puis pour revenir à la

normale (31). Le périnée est innervé par le nerf pudendal. Celui-ci permet le maintien d'une activité tonique constante en position assise et debout (33).

1.3.3 Adaptation posturale anticipatrice

L'abdomen est fermé en haut par le diaphragme, en bas par le périnée, en arrière par les muscles spinaux et en avant et latéralement par les muscles abdominaux. Cet ensemble permet le maintien de la statique et des viscères. La posture lombo-pelvienne exerce une influence sur la contraction du périnée et les pressions intra-abdominale dans leur intensité et leur direction (34). Ce rôle est essentiellement joué par le muscle transverse profond de l'abdomen. Il s'étend du diaphragme jusqu'à la crête iliaque. Il a un véritable impact sur la posture et la respiration (35).

1.4 Physiologie de la continence

La continence permet le stockage des urines entre les mictions. Elle est obtenue par la synergie de la relaxation du détrusor, l'occlusion du col vésical et de la contraction du périnée. La contraction du périnée se fait essentiellement par le sphincter urétral et les muscles élévateurs de l'anus (32). La miction est périodique, aisée, complète et sans hyperpression. La miction associe la contraction du détrusor, la relaxation du col vésical ainsi que la relaxation des muscles du plancher pelvien. Le besoin de miction apparaît à volume variable selon les patientes. L'intervalle normal entre deux mictions diurnes est habituellement supérieur à deux heures tandis qu'une seule miction nocturne peut être considérée comme physiologique. Cela correspond donc à 5-7 mictions par 24 heures (6). La muqueuse et le tissu conjonctif vésical contiennent une multitude de récepteurs sensitifs permettant la coordination de tous les réflexes en rapport avec le remplissage vésical et la miction (36).

1.5 Physiopathologie de l'IUE

Dans un contexte d'IUE, les principales anomalies identifiées actuellement sont le défaut de support urétral et l'insuffisance sphinctérienne (Annexe I). Cependant, le mécanisme d'action et le moment de survenue de ces anomalies sont encore pour la plupart inconnus (4).

1.5.1 Défaut du tissu de soutien urétral

La réduction de l'angle uréthro-vésical par défaut des tissus de soutien fait partie des mécanismes physiopathologiques de l'IUE, associée ou non à une insuffisance sphinctérienne (4). Pour De Lancey, le vagin peut être séparé en trois niveaux. Le troisième, la partie distale du vagin concerne la continence. Il parle d'hamac sous-urétral qui, grâce aux ligaments permet la continence à l'effort. La défaillance du système conduit à un défaut de soutien urétral entraînant une IUE (37).

1.5.2 L'insuffisance sphinctérienne

L'insuffisance sphinctérienne peut survenir après une pathologie (6) ou bien être liée au vieillissement et à l'altération de la tonicité du muscle strié. Le sphincter perd 2 % de sa puissance contractile par an (36). L'insuffisance sphinctérienne est le résultat du dysfonctionnement de trois composantes qui participent pour un tiers chacune au tonus de base urétral : les fibres musculaires striées, les fibres musculaires lisses et la vascularisation (4).

1.5.3 La théorie neuromusculaire

Lors d'un effort tel que la toux, les muscles du plancher pelvien doivent se contracter sous l'effet des synergies du diaphragme, des abdominaux transverse et des muscles érecteurs du rachis. Une dysnergie entre ces éléments peut provoquer une IUE. Ainsi l'IUE peut être due à un défaut de coordination temporelle musculaire entre la contraction abdominale et l'effort réalisé (38). Cette dysnergie peut être accentuée par un diastasis des grands droits. Celui-ci apparaît le plus souvent après une grossesse et peut persister même un an après la naissance. Son implication dans l'IUE est controversée selon les auteurs (39).

1.5.4 La fatigabilité musculaire

La fatigabilité musculaire pourrait également avoir un impact dans l'IUE (40,41). Elle est retrouvée chez les femmes à l'occasion d'efforts répétés ou lorsqu'elles décrivent une fatigue générale importante. Cette fatigabilité musculaire est également liée à l'âge et à l'état nutritionnel de la patiente.

1.6 Facteurs de risques de l'IUE

Les facteurs de risques d'une IUE sont très nombreux et ont un impact plus ou moins important. Les trois causes principales mentionnées par Ballanger et Rischmann sont la grossesse, l'accouchement et la ménopause (42).

1.6.1 La grossesse

La grossesse apparaît comme un facteur de risque majeur d'IUE (13,43,44). C'est l'association de plusieurs facteurs qui va provoquer une IUE durant la grossesse (4). Les modifications du plancher pelvien sont dues à l'imprégnation hormonale augmentant la laxité ligamentaire (45). La souplesse des tissus permet une expansion abdominale, une antéversion du bassin et une hyperlordose. Ces trois composantes accentuent le risque d'IUE par hyperpression abdominale. Ce phénomène est majoré à partir du 6^e mois de grossesse car les muscles abdominaux inversent leur fonctionnement en transmettant encore plus de pression vers le périnée (1).

En ce qui concerne les prévalences retrouvées, l'IUE concerne 4 % des primipares avant la grossesse contre 30 à 35 % des primipares enfin de grossesse et pour finir 20 à 30 % des primipares en post-partum. Dans ce dernier chiffre, nous comptons 5 à 12 % de cas de novo. En fin, à un an de l'accouchement, nous retrouvons seulement 1% des primipares avec une IUE (5,46). La prévalence augmente significativement avec la multiparité. Une augmentation de l'IUE est démontrée lorsque l'âge maternel est supérieur à 35 ans (46).

1.6.2 L'accouchement

Les facteurs péri-partum sont nombreux et ont une forte implication dans la survenue de l'IUE. Pour commencer, un travail supérieur ou égal à 8 heures augmente ce risque (47). L'accouchement voie basse eutocique est un facteur de risque à lui seul par le passage du fœtus au travers du périnée (13,48). Une controverse existe sur le mode de poussée et la position dans laquelle les femmes accouchent (49). Les extractions instrumentales sont délétères pour le périnée induisant cependant majoritairement des incontinences anales (50,51). L'accouchement successif de deux fœtus à la suite d'une grossesse gémellaire n'augmente pas le risque d'IUE. Or, celui-ci modifie les statistiques en fonction du poids fœtal total. C'est-à-dire que plus le poids fœtal total sera élevé, plus le périnée sera possiblement lésé tout comme lors d'un accouchement mono-

foetal (46,52). Des traumatismes tels que les déchirures périnéales peuvent survenir lors de l'accouchement (47). Ces déchirures jouent un rôle plus ou moins important dans l'IUE en fragilisant le tissu de soutien. Le fait d'intervenir sur le périnée en coupant le muscle et les tissus, lors d'une épisiotomie peut être délétère sur les structures anatomiques impliquées dans l'IUE (15). Cette hypothèse est plus ou moins contredite par certaines enquêtes telles que l'enquête française du Centre de Documentation et Recherche en Médecine Générale (CDRMG) montrant que les résultats n'étaient pas significatifs (6). Nous pouvons conclure que l'épisiotomie n'augmente pas la fréquence d'IUE mais ne la prévient pas et diminue la qualité du plancher pelvien. L'accouchement voie basse a donc des répercussions à long terme sur l'IUE (50). Nous pouvons alors nous interroger sur la nécessité de pratiquer une césarienne. Dans la littérature, nous remarquons que la césarienne est associée à une moins grande prévalence d'IUE du post-partum à court terme se rapprochant de la nulligeste (13). La césarienne au cours du travail ne diminue pas le risque d'apparition ou de persistance d'une IUE à court ou à long terme peu importe le stade du travail (43). Actuellement, la césarienne programmée n'est pas une mesure de prévention recommandée y compris chez les femmes à risque (44). Au-delà de la troisième césarienne ou plus, le risque d'IUE se rapproche de celui d'une femme qui a accouché voie basse (43). L'accouchement est par conséquent responsable de séquelles pelviennes directes augmentées à court terme, en partie réversibles et évolutives à long terme.

1.6.3 Le post-partum

Une étude australienne, a montré que l'IUE fait partie des cinq problèmes de santé les plus fréquents au cours des trois premiers mois du post-partum (53). À la suite de la grossesse et l'accouchement, le post-partum est marqué par une distension aponévrotique et une sidération musculaire. La force périnéale est à son minimum entre 6-8 semaines après l'accouchement. C'est pourquoi, 15 à 40 % des femmes, seraient incontinentes en post-partum (54). Pour d'autres auteurs, la prévalence est estimée entre 6 à 31% des femmes (55). L'IUE a tendance à disparaître spontanément en post-partum, ainsi sa prévalence passe de 45-75 % en fin de grossesse à 10-36 % à 3 mois du post-partum. La majeure partie de la récupération de la continence se produit au cours des six premiers mois du post-partum (56). Pour 20 % des femmes le périnée peut être douloureux jusqu'à 2 mois ce qui pourrait être à l'origine d'une mauvaise contraction du périnée. Nous retrouvons dans la littérature que le risque d'IUE est augmenté si la femme avait une IUE

avant ou pendant sa grossesse (13). Il y a aussi une corrélation entre âge maternel à la première grossesse et IUE en post-partum (57). Une IUE du post-partum peut devenir une IUE à long terme (47). Une étude menée en Espagne en 2013, montre qu'un IMC élevé et une rétention de poids à six mois de l'accouchement augmentent le risque d'IUE. À contrario, une perte de poids durant le post-partum diminue significativement le risque d'IUE (58).

1.6.4 Les facteurs de risques individuels

Parmi les facteurs individuels nous retrouvons en premier lieu l'âge. Jusqu'à environ 65ans la prévalence de l'incontinence urinaire est en augmentation (10). Elle est multipliée par trois dès 30ans (14). L'origine ethnique est un facteur prédisposant : une femme caucasienne a plus de risque d'être touchée par une IUE qu'une femme afro-américaine (6).

Parmi les facteurs de risques évitables nous retrouvons le tabac créant un dysfonctionnement vésico-sphinctérien (5,15). Malgré sa possible implication, son effet n'est pas clairement démontré dans la littérature (59). Le surpoids et l'obésité diminuent la qualité des tissus et augmentent la pression sur le périnée et ce d'autant plus dans le post-partum (13,43,44,46). La sédentarité augmente l'IUE et le surpoids (5). La Haute Autorité de santé (HAS) affirme que la pratique intensive d'activité physique, certains sports, certains exercices et le port de charges lourdes occasionnent un déséquilibre entre l'augmentation des forces de pressions intra-abdominales et la résistance du plancher pelvien. De plus, les impacts au sol sont délétères pour la contraction des muscles releveurs de l'anus (60). La constipation chronique est un facteur de risque car le fait de pousser pour éliminer les selles va entraîner un étirement du périnée. Le système ligamentaire sera alors moins résistant sur le long terme (61). Une hyperlordose lombaire augmente les pressions vers la fente vulvaire au lieu de la région anococcygienne (62). Les conséquences liées aux différents facteurs de risques de l'IUE peuvent être diminuées ou arrêtées par des mesures de prévention.

1.7 Prévention, diagnostic et traitement de l'IUE

1.7.1 Stratégie de prévention

En 2004, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) s'est impliqué dans la prévention de l'IU avec pour objectif de réduire sa fréquence et ses conséquences (63). Il s'est fixé pour objectif :

- Une meilleure information du public et des professionnels de santé
- Un meilleur dépistage de la population générale
- Une meilleure prise en charge des patientes (6).

Au vu des caractéristiques de l'IUE, il est difficile d'apporter des solutions de prévention ciblées (4). Cependant, une prévention primaire peut être débutée chez les femmes dès le plus jeune âge pour éviter ou retarder l'apparition de l'IUE (55,64). L'éducation mictionnelle est essentielle, les mictions doivent être régulières, en position assise, détendue sur les toilettes, en « prenant son temps » et en ne poussant pas. Le « stop pipi », action d'interrompre volontairement le jet urinaire en début de miction est une pratique encore encrée et très connue. Il a été pendant longtemps un moyen pédagogique et ponctuel pour la prise de conscience d'une bonne contraction du plancher pelvien, nous le retrouvons d'ailleurs dans un ouvrage de 2005, qui le décrit comme le premier exercice à faire après un accouchement pour prendre conscience de son périnée (5). Les pratiques ont amené à utiliser ce test comme un exercice musclant et/ou pour contrôler la miction. Depuis, des études ont montré que le « stop pipi » est contre-indiqué car il peut être responsable d'une dysnergie fonctionnelle en gênant la vidange vésicale complète (65). La réduction des facteurs de risque doit s'opérer en arrêtant le tabac, en perdant du poids et en adaptant son activité physique (4,66). La stratégie de prévention doit se faire tout au long de la vie d'une femme, cependant, aux États-Unis en 2015, une étude montre que le personnel dispensant des soins obstétricaux n'offrait pas de conseils prénatals relatifs à l'IUE en raison d'un manque de connaissances et de temps (67).

1.7.2 Le diagnostic

Ingelman-Sundberg a créé une classification de l'IUE par grades et par stades (5). L'importance de l'effort provoquant le déclenchement de l'IUE est décrit en trois grades (Annexe II) et l'importance de l'IUE est quant à elle classée en trois stades (Annexe III). Il n'y a pas de corrélation directe entre le stade de l'IUE et la gêne et/ou la répercussion de

celle-ci sur la qualité de vie de la patiente (5). Ces classifications sont peu utilisées en urologie car elles ne permettent pas de différencier les mécanismes physiopathologiques de l'IUE. Un dépistage systématique pour toutes les femmes est recommandé du fait de la multitude de facteurs de risques (6). Une étude menée dans l'hôpital universitaire de Genève estime que 57 % des sages-femmes aborde toujours ou souvent l'IU face aux patientes et ce d'autant plus si elles ont une formation supplémentaire sur le sujet (68). Après avoir diagnostiqué l'IUE, il est nécessaire de réaliser un bilan initial composé d'un interrogatoire, d'un examen clinique, d'informations sur l'anatomie et d'explications sur les méthodes possibles de rééducation.

- L'interrogatoire :

L'interrogatoire est censé durer entre 15 et 30 minutes, la patiente restant habillée tout du long (64). L'AHCPR propose des questions ouvertes « parlez-moi des problèmes que vous avez avec votre vessie » ou « dites-moi si vous avez des difficultés à retenir vos urines » (69) alors que l'ANAES propose une question fermée « vous arrive-t-il d'avoir des fuites d'urine ? » (6). Un interrogatoire plus précis y fait suite (Annexe IV) (6,10,70). Il est possible d'analyser la sévérité de l'IUE par des questionnaires (4). Pour commencer, l'UDI-6 (Urogenital Distress Inventory) permet de faire l'inventaire des symptômes urinaires en six questions. Il présente trois sous-score dont un pour l'IUE. Le deuxième est l'ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) qui comporte quatre items dont trois évaluent les symptômes de l'IU et le dernier mesure la qualité de vie. Or, il n'a été validé que sur les trois premiers items (14). Le matériel d'évaluation de l'IU est peu utilisé par les sages-femmes (68). Une IUE doit être traitée peu importe sa sévérité si elle est gênante pour les patientes. Dans l'interrogatoire, la recherche de la douleur est importante. Celle-ci est subjective et englobe différentes dimensions (71). Rechercher une douleur permet de mieux caractériser son étiologie puis d'orienter si nécessaire vers les professionnels concernés (54).

- L'examen clinique :

À la suite de l'interrogatoire, l'examen clinique (Annexe V) permet d'orienter le choix des techniques de rééducation, de suivre l'évolution des symptômes pendant le traitement et d'évaluer les résultats à la fin de la rééducation (70,54). L'évaluation des muscles du périnée s'appelle le *testing* périnéal (Annexe VI) (72). Il a été décrit pour la première fois par Odile Cotelle puis amélioré par Mansoor et al. Il consiste à mettre deux doigts en crochet en intra-vaginal au contact des deux releveurs de l'anus à la face postérieure du

vagin, sans aller jusqu'au col de l'utérus. Il permet d'évaluer : la tonicité, la tenue musculaire, la fatigabilité et de dépister l'inversion de commande. Il est nécessaire de faire comprendre à la femme de quoi est composé le périnée, comment il fonctionne, corriger les contractions parasites et la respiration pour un meilleur apprentissage. Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement le testing dans le post-partum. Il est à faire si la patientes est symptomatique (44). Le testing est un examen non reproductible intra- et inter- examinateurs et non valide pour quantifier de façon objective la force périnéale. De plus, il n'y a pas de corrélation entre le testing et l'évaluation dynamométrique de la force périnéale ce qui traduit un mauvais pouvoir de discrimination (73). Le rapport Messelink de 2005, recommande l'appréciation visuelle de la contraction et de la relaxation volontaire et involontaire (74). Le test à la toux consiste à demander à la patiente de tousser franchement de manière répétée tout en recherchant l'apparition de fuites urinaires. Il doit être réalisé vessie pleine, sans envie d'uriner. La patiente doit être en position gynécologique ce qui permet la visualisation du méat urinaire. Le test est négatif s'il n'y a pas de fuite urinaire visualisé dans cette position. Il sera alors répété en position debout (75).

- Les examens complémentaires :

Il n'existe pas d'examen complémentaire systématique avant de commencer la rééducation du périnée. Une bandelette urinaire doit être faite si d'autres symptômes sont associés (4,6). Un bilan urodynamique doit être fait si le diagnostic de l'IUE est incertain et/ou le traitement de première ligne n'a pas fonctionné (4,5). Un résidu post-mictionnel peut être fait en fonction des antécédents. La réalisation d'un calendrier mictionnel, au vu de ses caractéristiques apportera peu de renseignements sur l'IUE (4). Le pad test consiste à peser les protections après effort physique sur une période donnée. C'est l'examen de référence pour vérifier la sévérité de l'IUE. L'ICIQ est le seul score corrélé au pad test (75). Nous pouvons en conclure qu'il est pertinent de dépister l'IUE car il existe une méthode efficace pour la réduire voire la résoudre totalement (6).

1.7.3 Les traitements

La rééducation peut être envisagée selon trois axes :

- Un axe analytique avec un travail sur les muscles du périnée à l'aide de technique manuelle, d'électrostimulation ou de biofeedback
- Un axe comportemental et de prévention

- Un axe plus complet où le périnée est intégré dans l'enceinte lombo-abdomino-pelvienne (4)

Le CNGOF et l'AFU affirment que la rééducation du périnée est le traitement de première intention pour l'IUE. Sandrine Galliac Alanbari définit la rééducation pelvi-périnéale comme «un ensemble de techniques non chirurgicales et non pharmacologiques visant à traiter les troubles de la statique pelvienne et les dysfonctionnement des organes pelviens, urinaires, digestifs et sexuels» (1). Ces méthodes consistent en un travail de renforcement musculaire permettant, par un apprentissage, d'anticiper le verrouillage périnéal avant l'effort pour éviter les fuites urinaires (72). Pour des résultats optimaux, la femme doit être motivée et s'impliquer dans le projet. Il existe de nombreuses techniques très disparates sur l'indication comme sur les modalités de réalisation. Nous vous présenterons ici les techniques les plus utilisées pour traiter l'IUE.

- Les méthodes sur le périnée :

L'ANAES indique qu'il est préférable de commencer la rééducation du périnée à partir de 8 semaines après l'accouchement (54). Le CNGOF recommande de commencer celle-ci après 3 mois d'IUE (76). La rééducation comporte 10 à 20 séances maximum. En l'absence d'amélioration, il sera nécessaire de s'interroger sur le bien-fondé de la poursuite de la méthode (70). Les séances se déroulent généralement 2 à 3 fois par semaine. Il est préférable de faire au moins trois séances guidées par un thérapeute. L'efficacité de la rééducation est de 60-75 % lorsque les exercices sont supervisés par un professionnel contre seulement 9-17 % lorsqu'ils sont fait par la patiente en autonomie (77,78).

- Le travail manuel :

Le travail manuel en intravaginal consiste à contracter les différents muscles du plancher pelvien, par différents exercices, sous contrôle des doigts de la sage-femme. Il n'est pas possible travailler les muscles indépendamment. Le toucher vaginal aide à la prise de conscience de la contraction musculaire par la patiente et par la sage-femme, en appréciant le tonus de base et la qualité de la contraction. Le travail manuel permet de renforcer le périnée pour contrer l'hyperpression abdominale quelques soit l'effort (70). Le verrouillage du périnée doit devenir ou redevenir un réflexe pour éviter les fuites urinaires (72). Le travail manuel est associé à une stimulation verbale et respiratoire pour

une meilleure compréhension des exercices demandés. La diversité des exercices est grande, faisant souvent appel à des images du quotidien ou de la nature. Les exercices doivent ensuite être travailler en auto-prise en charge pour des résultats à long terme. La séance dure 30 minutes et la sage-femme reste auprès de sa patiente.

- Le biofeedback et l'électrostimulation :

Le biofeedback correspond à une sonde mise en intravaginal. L'électrostimulation quant à elle correspond à des électrodes placées au plus proches des afférents du nerf pudendal. La sonde et les électrodes ont des rétrocontrôles visuels ou sonores sur un écran. Ces deux méthodes permettent de prendre conscience du périnée, d'objectiver la contraction du périnée et d'améliorer le recrutement des muscles. Ces méthodes sont pour les femmes ayant un testing très faible, un périnée hypotonique ou ne sachant pas le contracter.

- L'auto-rééducation :

L'auto-rééducation peut-être privilégié pour les femmes qui vivent dans des lieux isolés ou pour celles qui ne souhaitent pas se faire accompagner par un professionnel de santé (70). Il est préférable qu'au moins une séance soit guidée par un thérapeute pour expliquer à la patiente l'anatomie et la physiologie des muscles du plancher pelvien, l'appareil et les exercices. Différents programmes d'auto-rééducation ont été proposés par des auteurs mais aucun n'a été validé par les instances françaises (4). Nous pouvons citer parmi ces méthodes d'auto-rééducation, les cônes vaginaux ou boules de Geisha, maintenus en place par la contraction du périnée. Ils sont de taille identique mais de poids différents permettant le progrès des muscles du plancher pelvien (1,79). Les progrès technologiques et numériques ouvrent de nouvelles perspectives en matière de soin. Actuellement, un grand nombre d'applications en ligne ou à télécharger sont disponibles permettant une rééducation périnéale à domicile avec ou sans dispositif médical. À court et long terme, les applications permettant des exercices du plancher pelvien ont des effets bénéfiques sur la sévérité des symptômes ainsi que sur la qualité de vie des femmes. Il est aussi montré que l'absence de contact avec un professionnel n'est pas un frein à l'observance et que l'adhésion au traitement est favorisée par ces applications (78,80,81). L'auto-rééducation est un mode d'empowerment pour les femmes. C'est-à-dire que les femmes doivent prendre conscience de leur santé et par conséquent mettre en place des solutions. Elles sont capables de décider et d'agir pour elles-mêmes.

Après les séances de rééducation du périnée, le professionnel de santé évalue la satisfaction des patientes grâce par exemple au PGI-I (Patient Global Impression and Improvement) (82). Il n'est pas nécessaire d'avoir 5/5 au testing à la fin des séances de rééducation. Les paramètres indicateurs importants sont :

- Le ressenti de la patiente
- La diminution de l'IUE
- La hausse de sa qualité de vie (83).

En 2007, le ministère de la santé, dans son rapport sur la rééducation du périnée, montre que l'IUE est guérie chez 11 % des patientes et est améliorée chez 44 % d'entre elles (26). La rééducation permet de diminuer l'IUE à court terme (1 an) mais pas à moyen ni long terme (44,77). Chez les femmes asymptomatiques, aucun essai randomisé n'a permis d'évaluer la rééducation périnéale en prévention de l'IUE à moyen ou long terme. C'est pourquoi, par un accord professionnel, elle n'est actuellement pas recommandée. Cependant les méthodes pour protéger le périnée peuvent être intéressantes pour chaque femme.

- Les méthodes pour protéger le périnée :

La rééducation du périnée doit s'inscrire dans le complexe lombo-abdomino-pelvien. Le renforcement et la stabilisation des muscles abdominaux permettent de diminuer les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des femmes ayant une IUE. Pour ce faire plusieurs exercices sont possibles comme le yoga, le pilate, les abdominaux hypopressifs... Ces méthodes doivent être faites en accompagnement des techniques de rééducation du périnée (35,84). Le Dr De Gasquet et le Dr Gaufriez ont décrit une gymnastique abdominale basée sur l'activation du muscle transverse de l'abdomen. Le Dr De Gasquet, décrit une pratique posturo-respiratoire avec une « fausse inspiration », un mélange entre le yoga et la méthode du Dr Gaufriez. Cela permet de « rentrer » le ventre en créant une contraction des releveurs de l'anus et ainsi provoquer celle du transverse de l'abdomen. L'exercice est fait sur une expiration (85). Le Dr Gaufriez, parle plutôt de gymnastique abdominale hypopressive. L'activation du transverse de l'abdomen est due à l'inspiratoire diaphragmatique sans contraction des releveurs de l'anus. L'accompagnement posturo-respiratoire doit être adapté à la gestion des pressions lors des efforts du quotidien pour que la rééducation soit plus efficace. Il ajoute à l'exercice une composante psychologique et nutritionnelle (86). Le kinésithérapeute Luc Guillaume propose une méthode qui consiste à souffler dans un sifflet. Cela consiste à travailler essentiellement sur la respiration en diminuant les pressions abdominales jusqu'à

contracter le périnée (87). L'eutonie permet une conscience corporelle d'une posture juste et qui s'ajuste dans le mouvement. Une posture juste est la recherche de l'équilibre postural, du centre de gravité avec un maximum de tonus et un minimum de tensions. La statique pelvienne est indissociable de la statique globale. Il faut un équilibre des chaînes musculaires en lien avec le bassin (88). Tout comme pour la rééducation à domicile, des applications / site internet existent pour aider les femmes à protéger leur périnée avec ces exercices. L'auto-prise en charge sur le long terme correspond à des exercices pour protéger le périnée. L'assiduité à cette auto-rééducation varie en fonction du programme d'exercices, de son efficacité, de l'expérience personnelle avec les exercices, des facteurs intrinsèques et extrinsèques à la femme (89).

- Les freins

Dans la littérature, plusieurs obstacles retrouvés liés aux professionnels de santé impactent la prise en charge de l'IUE. Pour commencer, nous retrouvons, l'absence de consensus sur la procédure thérapeutique ainsi que le désintérêt du sujet et pour finir la banalisation des symptômes. De plus un manque de formations supplémentaires est noté ainsi qu'un manque de temps et de personnel (68).

1.8 Sages-femmes et IUE

D'après une étude menée en Pologne, les étudiantes sages-femmes possèderaient le plus de connaissances théoriques l'IUE comparé aux autres étudiants en médecine et aux étudiants kinésithérapeute (90). Une seconde étude menée dans l'hôpital universitaire de Genève estime que les soins de l'IU est une priorité pour 81 % des sages-femmes. De plus, c'est elles qui font le plus de formation continue à ce sujet. C'est pourquoi, les sages-femmes ont le plus de connaissances sur les traitements à proposer (68).

La formation initiale en sciences maïeutiques ne comprend pas d'unité d'enseignement (UE) spécifique à l'IU et la rééducation périnéale. Les cours qui y sont consacrés sont intégrés à différentes UE telles que la gynécologie, la santé génésique des femmes et l'assistance médicale à la procréation, la santé publique, les sciences humaines et sociales et la démarche de recherche. De plus, des UE librement choisies par l'étudiant comme l'installation en exercice libéral permettent de l'évoquer. Pour finir, l'UE clinique peut permettre de rencontrer des situations d'IUE en stage : de gynécologie, de PMI ou lors de stage optionnel avec une sage-femme libérale (64). En plus de la formation initiale,

le code de déontologie des sages-femmes¹ précise que celles-ci ont une obligation individuelle de formation continue, tout au long de leur carrière, afin d'apporter des soins conformes aux données scientifiques actuelles². Outre la formation continue, les sages-femmes peuvent se spécialiser dans la prise en charge de l'IU et la rééducation du périnée. Le CNOSF (conseil national de l'ordre des sages-femmes) a établi une liste des formations diplômantes pour les sages-femmes³. Il existe dix Diplômes Universitaires (DU) autorisés parmi lesquels nous pouvons citer le DU de « périnéologie » de l'université de Lyon, le DU « statique pelvienne et urodynamique » de l'université de Montpellier et le DIU « rééducation pelvi-périnéale » de l'université Paris IV.

En ce qui concerne le cadre législatif, le code de la santé publique précise dans l'article L4151-1 et l'article R.4127-318⁴ que l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes cliniques et techniques nécessaires au diagnostic, à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologies notamment pendant la période post-natale⁵. Cette période se termine par l'examen post-natal autorisé aux sages-femmes depuis 2004⁶. La loi HPST de 2009 a eu pour conséquence l'augmentation des compétences des sages-femmes en leur accordant le droit de réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention chez la femme en bonne santé. Depuis cette date, les sages-femmes peuvent s'investir dans la prise en charge globale de l'IUE durant toute la vie d'une femme⁷. Les sages-femmes ont ainsi le droit de prescrire et de réaliser la rééducation périnéale dans la période du post-partum ou chez toutes les femmes ayant déjà accouché⁸. Si la patiente n'est pas dans ces critères ou si elle a une pathologie en lien avec son IUE alors une ordonnance rédigée par un médecin est obligatoire pour la réalisation des séances de rééducation. Le nombre de séances est à l'appréciation de la sage-femme réalisant la rééducation dans la limite de 30 séances. Si une prolongation est envisagée une prescription médicale est nécessaire⁹. De plus, les sages-femmes ne pouvant pas faire de la rééducation abdominale doivent orienter les patientes vers un médecin¹⁰. Concernant les prescriptions de matériel médical nécessaire

¹ Légifrance. Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes (Articles R4127-301 à R4127-367). 2012

² Légifrance. Section 1 : Contenu de l'obligation de formation continue (Articles R4153-1 à R4153-5).2016

³ Liste des titres de formations autorisées par le CNOSF-2021

⁴ Légifrance. Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9). 2021

⁵ Code de déontologie des sages-femmes. 2012

⁶ Légifrance. Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-7).2004

⁷ Légifrance. Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10).2009

⁸ Compétences générales des sages-femmes. 2009

⁹ Contact n°47-sages-femmes 2016

¹⁰ CNSF dossier thématiques sages-femmes et prescriptions T2. 2015

pour la rééducation, les sages-femmes ont un droit de prescription par liste fixée par l'arrêté du 5 mars 2022¹¹ : « les dispositifs médicaux suivants : une sonde ou une électrode cutanée périnéale, un électro-stimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale ».

En ce qui concerne la cotation de l'acte, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)¹² comprend la rééducation du périnée. Celle-ci correspond à 21 euros la séance avec un coefficient 7,5 et comme lettre clé SF¹³. Lors de la Commission Paritaire National du 25 juin 2019, il a été acté que les séances de rééducation périnéale débutées dans les 3 ans après l'accouchement seront prises en charge à 100 % par l'Assurance Maternité. En dehors de ce cadre, l'assurance maladie prend en charge à 70 % les séances de rééducation et est complété par la mutuelle.

¹¹ Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire.

¹² Ameli. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Version du 23 mars 2023.

¹³ ONSSF. Cotations en NGAP

2 Recherche

2.1 Question de recherche et hypothèses

2.1.1 Question de recherche

Les sages-femmes disposent des compétences pour dépister et prendre en charge l'IUE. Elles accompagnent les patientes au moment de la grossesse, en post-partum et lors du suivi gynécologique de prévention. En parallèle, d'après la littérature, l'évaluation des connaissances anatomiques et la prise de conscience du fonctionnement périnéal par les femmes améliorerait l'IUE. Il nous était alors apparu important de chercher à connaître les connaissances théoriques et les pratiques des sages-femmes dans le dépistage et le traitement de l'IUE, ainsi que la pédagogie développée auprès des patientes. Nous avons alors formulé la problématique suivante : « quelles sont les connaissances et les pratiques des sages-femmes concernant le dépistage, la prévention et la prise en charge de l'IUE des femmes en âge de procréer et en bonne santé ? »

2.1.2 Hypothèses

Au regard de notre problématique, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes disposent de connaissances théoriques nécessaires concernant l'IUE
- Les sages-femmes mènent des actions de prévention et dépistent toutes les femmes en âge de procréer et en bonne santé
- Les sages-femmes prennent en charge l'IUE au moyen de la rééducation du périnée

2.1.3 Objectif de l'étude

Notre étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes au sujet de la prévention, du dépistage et la prise en soin de l'IUE chez les femmes en âge de procréer.

- L'objectif premier était d'analyser la fréquence du dépistage et les pratiques des sages-femmes concernant l'IUE chez la femme en âge de procréer en bonne santé
- L'objectif second de ce travail était d'analyser les pratiques de prévention mises en œuvre par les sages-femmes concernant l'IUE auprès des femmes en âge de procréer et en bonne santé

2.2 Méthodologie envisagée

La méthodologie de notre recherche reposait sur une étude observationnelle quantitative multicentrique permettant l'analyse des pratiques professionnelles à l'aide d'un questionnaire.

2.2.1 Population ciblée

Nous avons choisi de mener notre étude auprès de toutes les sages-femmes libérales, hospitalières et territoriales de Seine-Maritime. Les sages-femmes incluses étaient les 600 sages-femmes inscrites à l'ordre Départemental de Seine Maritime et exerçant dans ce département. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

2.2.2 Démarche envisagée

- Le logiciel utilisé :

L'outil employé était un questionnaire en ligne élaboré à l'aide du logiciel Lime Survey. Ce logiciel est validé par l'université de Rouen. Il s'agit d'un logiciel d'enquêtes statistiques, de sondages et de formulaires en ligne. Il possède un lien de partage pour faciliter sa diffusion. Une demande au préalable avait été déposée au délégué de la protection des données (DPO) accordant la réalisation et la diffusion du questionnaire.

- Intérêt et biais du questionnaire :

L'intérêt d'un questionnaire est sa diffusion rapide auprès d'un grand nombre de personnes. Il permet de ne pas influencer les réponses ainsi que d'avoir des réponses précises.

Les biais sont que les participants seront ceux qui sont intéressés par le sujet ou qui s'y connaissent, toute la population ne sera pas représentée. Il n'y a pas d'échange avec les participants et pas d'évaluation de la communication verbale et non verbale.

- Construction du questionnaire :

Le questionnaire était anonyme et disposait de différents types de questions. Pour commencer des questions ouvertes à réponses courtes permettant d'approfondir et d'analyser de manière plus précise certains critères. Des questions à choix multiples ou à choix unique dont certaines possèdent une catégorie « autres » avec une possibilité de réponses rédactionnelles. Parmi les questions à choix unique, il y en avait qui

nécessitaient des précisions par l'interviewé. Ainsi que des questions OUI / NON qui nécessitaient également pour certaines des précisions par l'interviewé. De plus, se trouvaient des questions avec des échelles de Likert : plusieurs affirmations pour lesquelles la personne interrogée exprimait son degré d'accord ou de désaccord. Pour finir, certaines questions étaient accessibles qu'à certaines conditions. Nous avons décidé de rendre les questions obligatoires afin que les réponses soient complètes et puissent ainsi toutes être analysées. Le questionnaire (Annexe VII) était composé de 49 questions organisées en sept catégories :

- Les questions objectives concernant les généralités
- Les questions concernant les connaissances des sages-femmes
- Les questions concernant les pratiques des sages-femmes
- Les questions concernant les recommandations sur la rééducation du périnée
- Les questions concernant la prévention de l'IUE
- Une question concernant les freins concernant la prise en charge de l'IUE
- Les questions spécifiques destinées aux sages-femmes pratiquant la rééducation du périnée

Un espace pour formuler un commentaire libre était mis à disposition des sages-femmes ainsi qu'un espace pour renseigner leur email. Ce dernier nous permettait de leur envoyer les résultats de l'étude. Concernant la protection des données des utilisateurs, des explications ont été données au début du questionnaire. Le questionnaire a été testé par trois sages-femmes libérales hors région avant sa diffusion. Enfin, les données extraites du questionnaire ont été déplacées vers Excel pour mener ensuite des statistiques et des analyses. Des tests statistiques ont été effectués avec biostaTGV. Pour les analyses croisées, lorsque nous avons une population assez grande, nous avons utilisé le test du Chi². Lorsque la population était d'une faible importance, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Dans les deux cas, pour avoir un taux significatif, il fallait avoir un p value < 0,05.

2.2.3 Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été mis en ligne via LimeSurvey puis diffusé aux sages-femmes de Seine-Maritime grâce à l'aide du Conseil de l'Ordre Départemental de Seine-Maritime, le 28 avril 2022. Une relance a été envoyée le 20 mai 2022. Le questionnaire a été clôturé le 10 juin 2022.

3 Résultats

Les résultats vont être présentés en suivant les catégories du questionnaire envoyé aux sages-femmes.

3.1 Description de la population

Notre échantillon est de 61 sages-femmes ayant répondu complètement au questionnaire. Il est 100 % féminin. Nous pouvons remarquer que 80 autres sages-femmes ont ouvert et répondu aux premières questions sans finir le questionnaire. L'ancienneté dans la profession parmi les répondantes est variable. La répartition de l'année de diplôme des sages-femmes est décrit *figure 1*, avec l'année moyenne de diplôme en 2003, la médiane en 2005, l'écart-type de 8,49. Nous avons regroupé les différentes années en tranche pour faciliter la lecture.

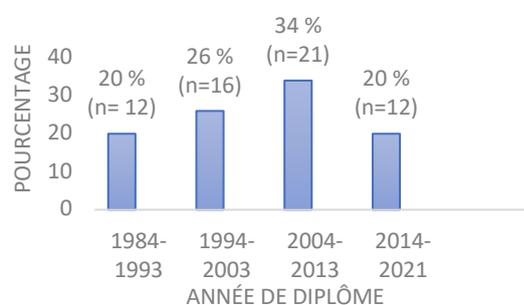


Figure 1 : Pourcentage des sages-femmes interrogées en fonction de leur année de diplôme (n=61)

Le mode d'exercice des sages-femmes est présenté *figure 2*. L'exercice mixte correspond à un exercice hospitalier couplé à un exercice libéral.

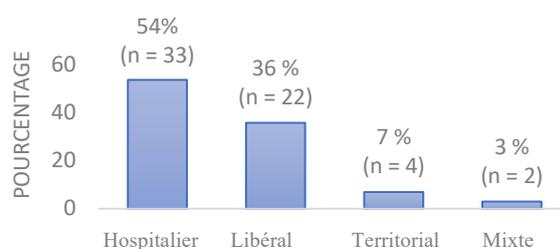


Figure 2 : Pourcentage des sages-femmes interrogées en fonction de leur mode d'exercice

Nous nous sommes ensuite intéressés à la formation continue des sages-femmes en lien avec l'IUE. Nous retrouvons que 49 % des sages-femmes interrogées n'ont pas eu de formation complémentaire sur l'IUE avec plusieurs motifs d'absences de formations.

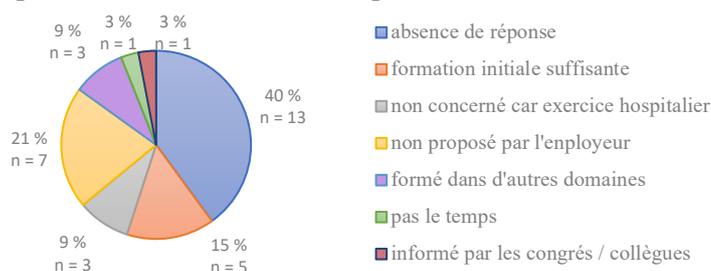


Figure 3 : Pourcentage des motifs d'absence de formation complémentaire (n=30)

À l'inverse, 51 % des sages-femmes ont réalisé une formation continue complémentaire en lien avec l'IUE. Ces formations sont résumées sur la *figure 4* et elles sont toutes énumérées en Annexe VIII. Certaines sages-femmes ont bénéficié de plusieurs formations.

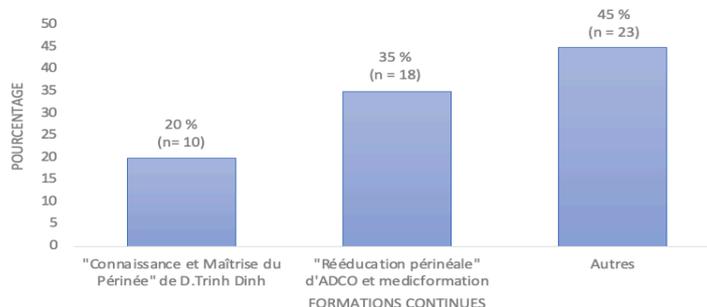


Figure 4 : Formations faites par les sages-femmes en lien avec l'IUE (n=31)

Les sages-femmes libérales réalisent plus de formations continues sur l'IUE que les autres modes d'exercices.

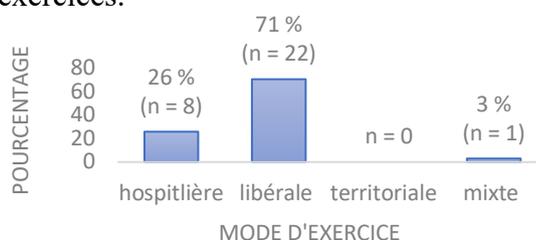


Figure 5 : Pourcentage de sages-femmes ayant réalisé une formation continue en lien avec l'IUE en fonction de leur mode d'exercice (n = 31)

La formation initiale ne suffit pas pour diagnostiquer une IUE pour 57 % (n=35) des sages-femmes. De plus, la formation initiale est insuffisante pour la prise en charge de l'IUE pour 100 % (n=61) des sages-femmes.

3.2 Les connaissances des sages-femmes

Pour commencer, nous avons demandé aux sages-femmes de donner une définition de l'IUE. Pour analyser les réponses, nous avons coupé la définition de l'ICS en plusieurs mots clés, les résultats sont visibles en (Annexe IX). Nous pouvons conclure que 3 sages-femmes donnent la définition complète, 57 sages-femmes donnent une réponse partielle avec au moins 2 mots clés et aucune sage-femme ne méconnaît totalement la définition.

Les sages-femmes considèrent leurs connaissances de l'anatomie du périnée comme « moyenne » pour 39 %. Elles considèrent leurs connaissances de la physiopathologie de l'IUE comme « moyenne » pour 50 % d'entre elles. Cependant, nous retrouvons une meilleure auto-évaluation des sages-femmes concernant l'anatomie car 41 % considèrent leurs connaissances comme « bonne » contre 21 % pour la

physiopathologie. Si nous détaillons ces chiffres, nous pouvons voir que les sages-femmes ayant eu une ou plusieurs formations complémentaires sur l'IUE jugent avoir de meilleures connaissances anatomique et physiopathologique que les sages-femmes non formées.

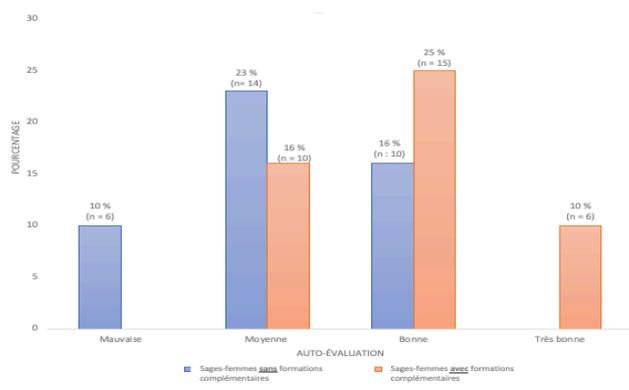


Figure 6 : Auto-évaluation des sages-femmes sur leurs connaissances de l'anatomie du périnée (n = 61)

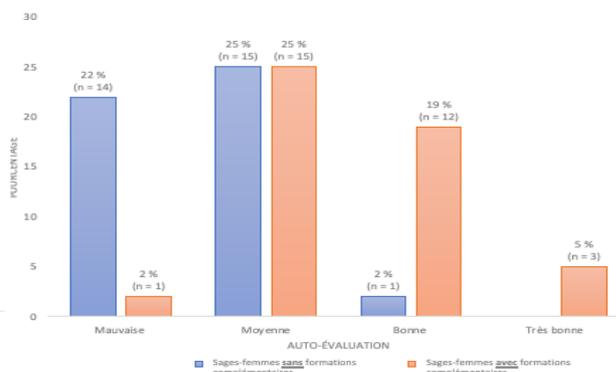


Figure 7 : Auto-évaluation des sages-femmes sur leurs connaissances en physiopathologie de l'IUE (n = 61)

Nous avons ensuite posé des questions sur l'anatomie, la continence et la miction aux sages-femmes. Sur les trois questions, la majorité des réponses données étaient partiellement correctes. Sur l'anatomie, 77 % des sages-femmes ont répondu partiellement et 7 % avaient une réponse incorrecte. Sur la continence, 56 % des sages-femmes ont répondu partiellement. Enfin, sur la miction, 1 % des sages-femmes ont incorrectement répondu, 56 % des sages-femmes ont une réponse complète. En ce qui concerne le rôle de la posture lombo-pelvienne dans la continence, 87 % des sages-femmes pensent que cela diminue les pressions intra-abdominales. De plus, 54 % des sages-femmes pensent que cela permet une meilleure contraction du plancher pelvien. Nous avons ensuite comparé les deux populations : les sages-femmes n'ayant pas eu de formations complémentaires et les sages-femmes ayant eu une ou plusieurs formations complémentaires. Pour l'anatomie le test de Fisher nous indique $p = 0,38$, pour la continence le test de χ^2 nous indique $p = 0,88$. Pour finir, pour la miction, le test du χ^2 nous indique $p = 0,82$. Nous pouvons en conclure qu'au regard de notre effectif, il n'a pas été mis en évidence de lien donc il n'y a pas de causalité. Les sages-femmes ayant eu des formations complémentaires n'ont pas de meilleures connaissances que les sages-femmes ayant eu simplement la formation initiale.

Concernant la physiopathologie, les sages-femmes ont cités à 84 % l'hyperpression abdominale.

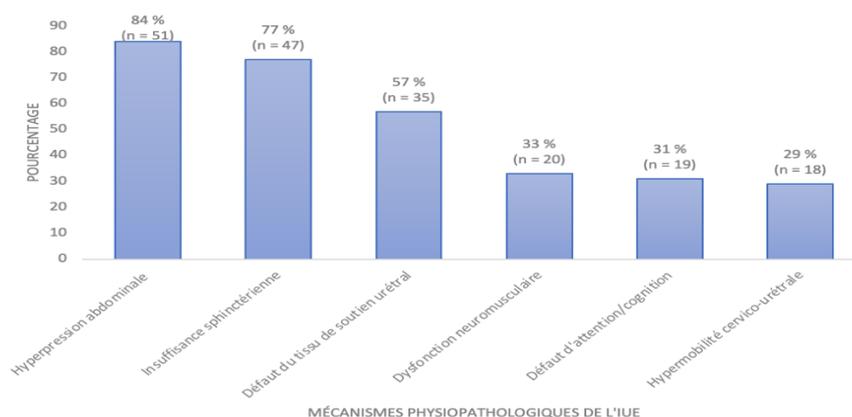


Figure 8 : Mécanismes physiopathologiques de l'IUE selon les sages-femmes

Certains facteurs de risques sont très connus par les sages-femmes comme la constipation chronique (93 %), le port de charges lourdes (89 %) et l'âge (87 %). A contrario l'ethnie est peu connue avec seulement 8 % des sages-femmes l'ayant cité ainsi que la sédentarité avec 38 %.

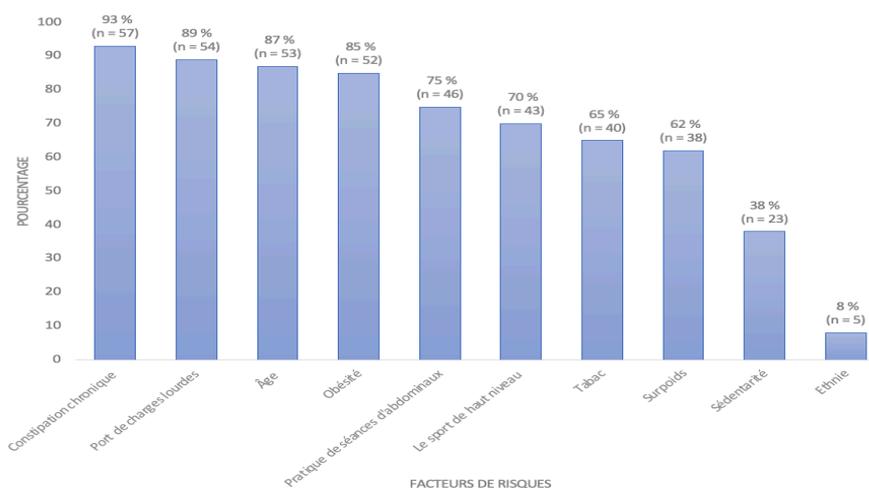


Figure 9 : Facteurs de risques individuels de l'IUE selon les sages-femmes

Concernant les facteurs de risques obstétricaux : la parité et l'antécédent d'IUE en pré-partum sont connus pour 90 % des sages-femmes. Cependant, le travail long n'est cité que par 39 % des sages-femmes et les déchirures par 43 %.

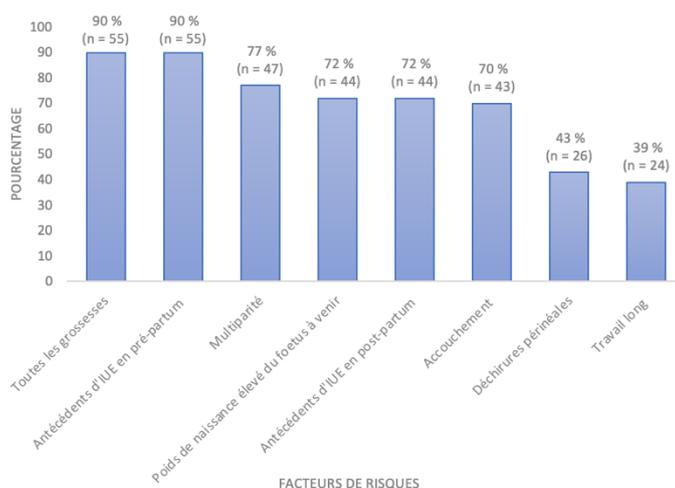


Figure 10 : Facteurs de risques d'IUE selon les sages-femmes

Pour 97 % des sages-femmes, les émotions (stress, anxiété, dépression) et le comportement (peurs, croyances) influencent la qualité du cycle mictionnel. Les émotions et les comportements influent à 47 % pour « beaucoup ».

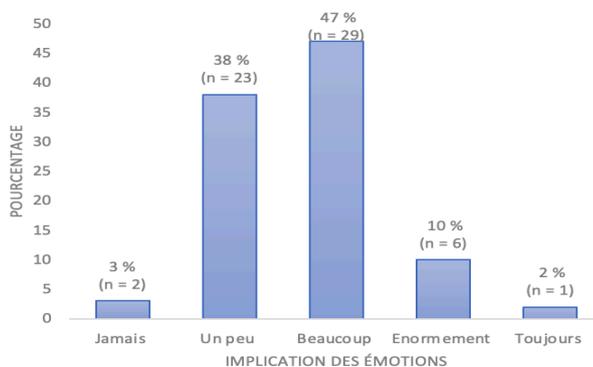


Figure 11 : Implication des émotions et des comportements face à la continence mictionnelle selon les sages-femmes

Les sages-femmes estiment la prévalence de l'IUE entre 20 et 50 % pour 67 % (n = 41) d'entre elles. Cependant, 30 % (n = 18) des sages-femmes estiment qu'elle est de moins de 20 %.

Pour 80 % des sages-femmes (n = 49) le temps de récupération de la majorité du tonus musculaire du périnée se situe à 6 mois.

Les répercussions sont plutôt bien connues par les sages-femmes. Cependant, la perte d'autonomie n'est citée que par 51 % des sages-femmes.

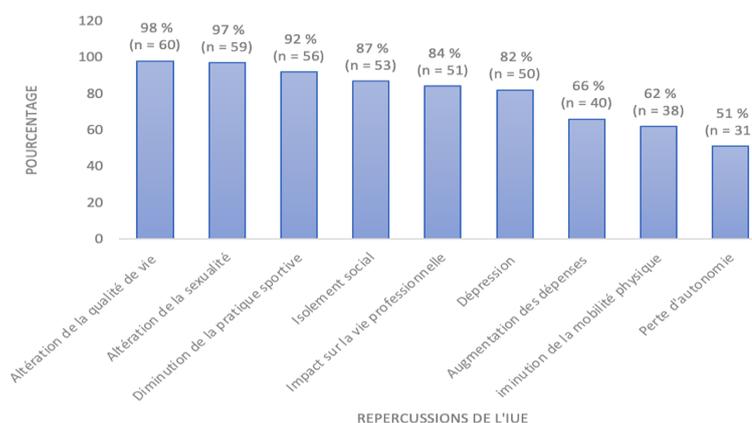


Figure 12 : Répercussions de l'IUE sur la vie des femmes selon les sages-femmes

Pour 54 % (n = 33) des sages-femmes, la rééducation du périnée menée par un professionnel de santé est efficace à 45-55 %.

Seulement 41 % des sages-femmes jugent nécessaire de développer la connaissance des traitements possible auprès patientes. Le dépistage est également cité par 54 % des sages-femmes.

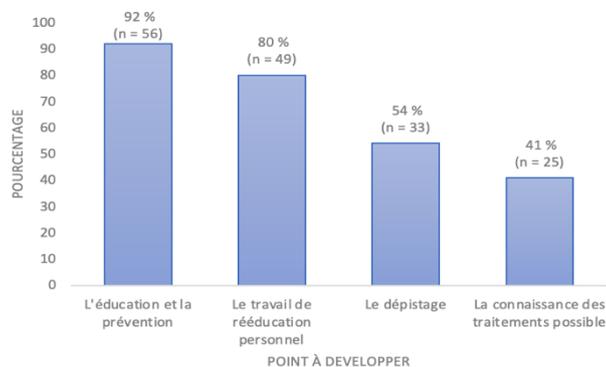


Figure 13 : Points importants à développer auprès des femmes selon les sages-femmes

3.3 La pratique des sages-femmes

3.3.1 L'interrogatoire

Concernant les moments propices pour le dépistage, l'accouchement et le post-partum immédiat sont sous représentés avec 34 % des sages-femmes. Les sages-femmes ont également peu cité la consultation de gynécologie de la nullipare avec seulement 57 %.

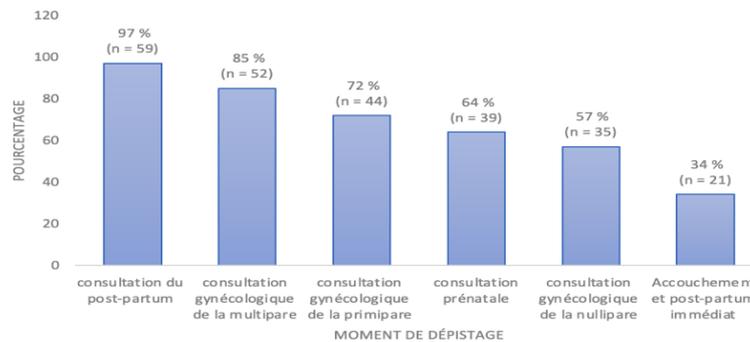


Figure 14 : Les moments propices au dépistage de l'IUE selon les sages-femmes

La question suivante portait sur la manière d'interroger les patientes pour dépister une IUE. Parmi leurs réponses, 100 % des sages-femmes ont cité le champ lexical de l'urine : fuites urinaires, incontinence urinaire, vessie, pertes d'urines, problème urinaire, pipi. Pour ce qui est de la notion de l'effort, 48 % des sages-femmes l'ont cité. Nous remarquons que la question est étoffée le plus souvent par des exemples qui sont le rire et la toux. Nous pouvons observer que toutes les questions des sages-femmes sont claires et précises. Une sage-femme soulève un problème qui est le public ne parlant pas français et donc la nécessité de s'adapter. 5 sages-femmes qui n'ont pas répondu à cette question en précisant que 2 sages-femmes sont en salle de naissance, 1 sage-femme fait des consultations d'échographies et une dernière parlait d'une autre thématique.

Seulement 20 % des sages-femmes (n=12) connaissent les questionnaires de symptômes de l'IUE. Parmi ces 12 sages-femmes, 5 sages-femmes utilisent un des questionnaires dans leur pratique.

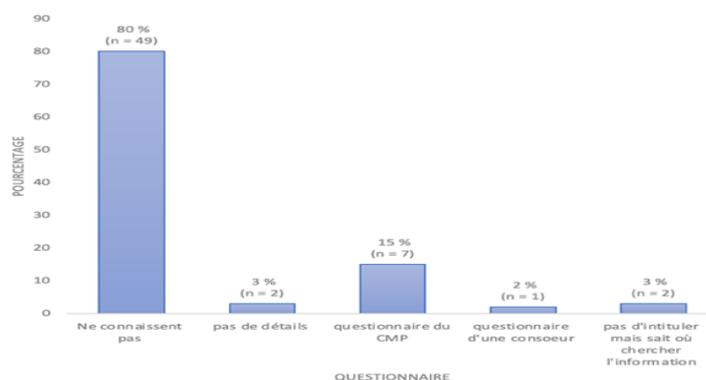


Figure 15 : Questionnaires des symptômes de l'IUE

La douleur du périnée est recherchée par 66 % des sages-femmes. Le moyen de recherche varie en fonction des sages-femmes (Annexe X).

Il y a 72 % des sages-femmes qui interrogent les femmes atteintes d'IUE sur leur qualité de vie.

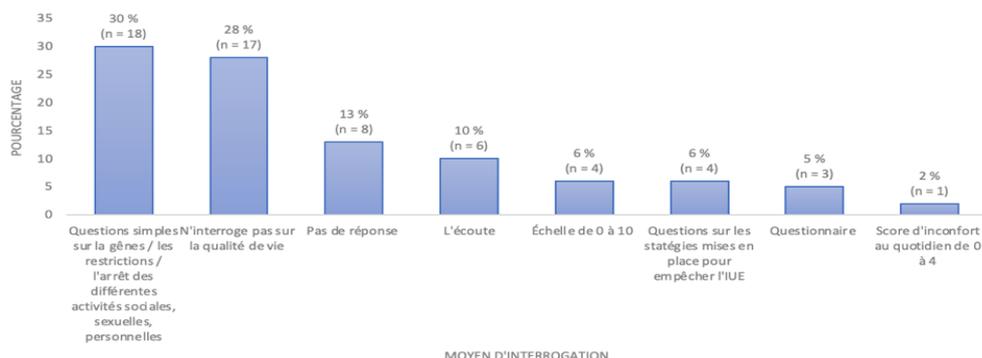


Figure 16 : Moyen par lequel les sages-femmes interrogent sur la qualité de vie

3.3.2 L'examen clinique

L'examen clinique de l'abdomen est réalisé par 56 % des sages-femmes interrogées.

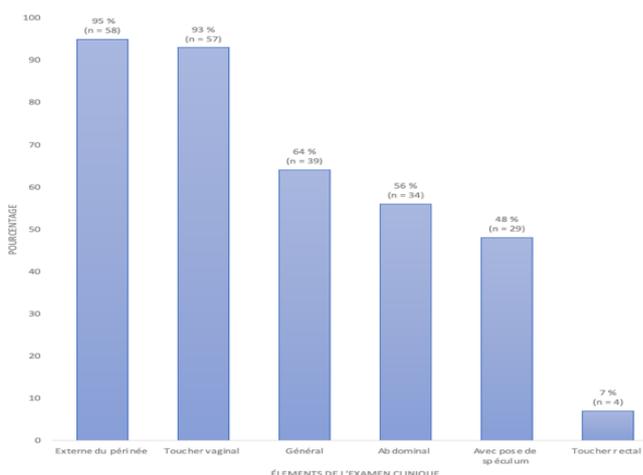


Figure 17 : Éléments de l'examen clinique de dépistage d'une IUE selon les sages-femmes

Selon 59 % des sages-femmes interrogées, le testing des releveurs est fiable pour évaluer la qualité du plancher pelvien. Les caractéristiques du plancher pelvien sont pour la plupart bien connues des sages-femmes.

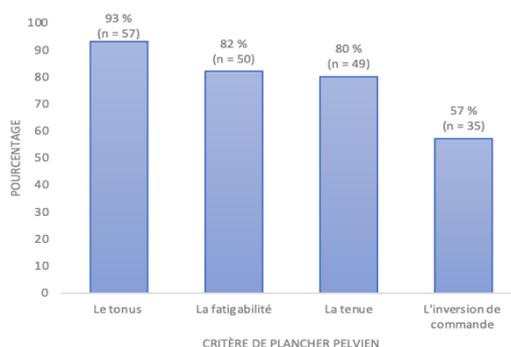


Figure 18 : Critère d'évaluation du plancher pelvien

Seulement 36 % des sages-femmes ne feraient aucun examen complémentaire.

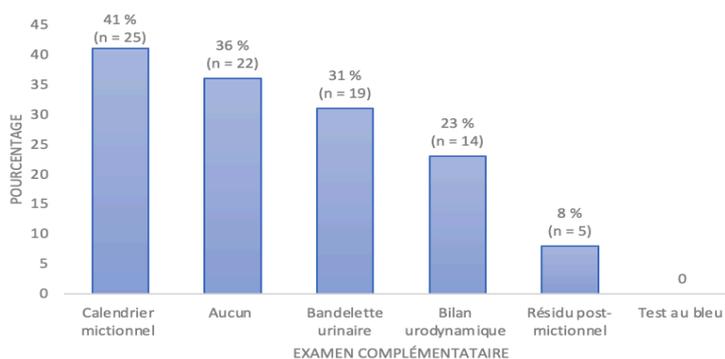


Figure 19 : Les examens complémentaires à faire devant une IUE selon les sages-femmes

En recherche complémentaire, 66 % des sages-femmes recherchent une incontinence anale.

3.4 Les recommandations concernant l'IUE

Pour 84 % des sages-femmes, la rééducation du périnée doit être commencée seulement 8 semaines après l'accouchement. Les sages-femmes sont d'accord pour 95 % d'entre elles qu'un professionnel de santé doit suivre la rééducation du périnée. Les sages-femmes sont 44 % à penser qu'il faut pratiquer des séances de rééducation du périnée aux femmes asymptomatiques. La rééducation du périnée est prescrite en systématique par 74 % des sages-femmes interrogées. Seulement 43 % (n = 26) des sages-femmes conseillent l'auto-rééducation. Certaines ont cité plusieurs modes d'auto-rééducations. Parmi les sages-femmes qui ne font pas d'auto-rééducation, 3 sages-femmes se justifient en disant qu'il ne faut pas le faire sans professionnel de santé. Une sage-femme n'a jamais eu cette situation et une autre dit manquer de compétences.

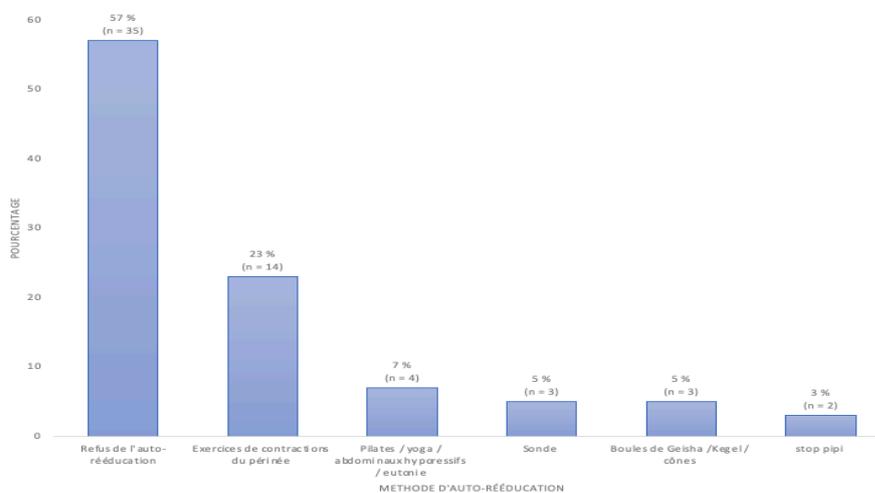


Figure 20 : Auto-rééducation conseils par les sages-femmes

3.5 La prévention

Seulement 15 % des sages-femmes ayant répondu au questionnaire ne font jamais de prévention primaire.

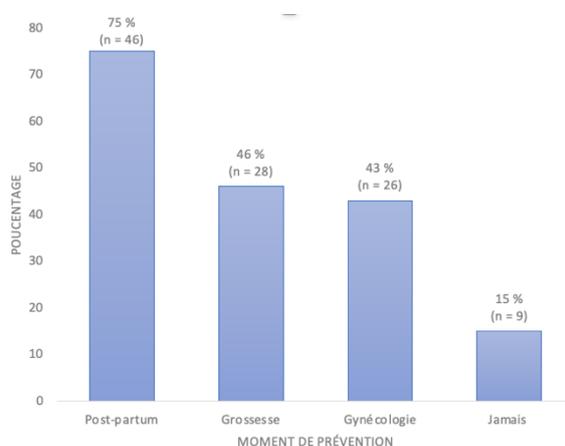


Figure 21 : A quel moment les sages-femmes font de la prévention primaire

Nous avons demandé aux sages-femmes quels conseils sont donnés aux patientes. Plusieurs catégories de prévention sont alors évoquées.

- Transit et miction

La favorisation du transit par l'hydratation, la posture, ne pas de pousser et la nécessité d'écouter ses besoins. Pour la miction, nous retrouvons une vidange régulière et complète de la vessie, sans forcer / pousser en prenant son temps. Ainsi que de ne pas faire le stop-pipi.

- La posture

Le fait d'avoir une bonne posture comme bien s'asseoir permet de limiter les pressions en lien avec les muscles abdominaux. Un conseil qui va de pair est de limiter le port de charges lourdes ainsi que bien respirer. Le pilate ou les ceintures de grossesses peuvent faciliter cette démarche.

- Exercices de contractions du périnée

Des contractions / verrouillages quotidiennes du périnée ainsi qu'à chaque effort permettent la prévention du périnée. Elles évoquent également la poussée en soufflant lors de l'accouchement.

- Attitude de la sage-femme

Premièrement, il faut que les sages-femmes en parler en précisant que l'IUE ne doit pas être banalisée et a des conséquences sur l'avenir. Il faut dire aux patientes que c'est fréquent, qu'il n'y a pas de honte. La prise en charge de l'IUE est possible en faisant de la rééducation du périnée avec un professionnel de santé. Le périnée doit être travailler

tout le temps pour le garder en bon état sur le long terme. Les conseils doivent être adaptés à la patiente. La prévention consiste à expliquer le périnée et le rôle des abdominaux pour en prendre conscience. Et pour finir la prévention passe par la diminution des facteurs de risques.

3.6 Les freins à la prise en charge de l'IUE

Pour 77 % des sages-femmes l'IUE est encore un sujet tabou. 87 % des sages-femmes pensent que le professionnel de santé doit aborder en premier l'IUE car le sujet n'est pas abordé spontanément par les patientes. L'absence de consensus et le manque d'informations sur les techniques de prise en charge mettent en difficulté 41 % des sages-femmes. La relation professionnel-patient n'est pas difficile à mettre en place lors d'une IUE pour 98 % des sages-femmes. Pour 20 % des sages-femmes le manque de temps est un frein dans la prise en charge d'une IUE. Enfin, pour 44 % des sages-femmes leur manque de connaissance est un frein. Un espace libre était à disposition pour cette question. Les sages-femmes ont évoqué le fait qu'il serait préférable de recommander au moins une séance de rééducation du périnée, qu'un accompagnement sur le plan physique et psychologique soit fait ainsi qu'une prise en charge plus globale de l'IUE en ne regardant pas où est la fuite mais en recherchant son étiologie.

3.7 Les sages-femmes pratiquant la rééducation du périnée

La dernière partie du questionnaire était conçue pour les sages-femmes pratiquant la rééducation du périnée. Elles étaient 27 à répondre sur les 61 sages-femmes (44 %). Nous nous sommes d'abord interrogés sur le profil des sages-femmes qui font de la rééducation en comparant les sages-femmes ayant eu une ou des formations complémentaires et celles qui n'en ont pas eu. Le test de χ^2 que nous avons pu faire montre que la pratique de la rééducation du périnée est significativement faite par les sages-femmes ayant eu une ou des formations complémentaires puisque nous avons avec un $p = 6,04 \times 10^{-9}$. Donc nous pouvons en conclure qu'il existe un lien entre les sages-femmes ayant eu des formations complémentaires et les sages-femmes pratiquant la rééducation du périnée.

Le bilan initial, lors de la première consultation, étaient réalisés par 26 sages-femmes (96 %).

Le travail manuel est utilisé par 23 sages-femmes (85 %) dont 16 sages-femmes (60 %) qui l'utilisent sans autre méthode complémentaire. Nous avons compilé toutes les réponses en (Annexe XI). Nous pouvons voir sur le graphique ci-dessous, qu'en moyenne, dans leur pratique, les sages-femmes font entre 5 à 10 séances de rééducation du périnée par patiente (52 %).

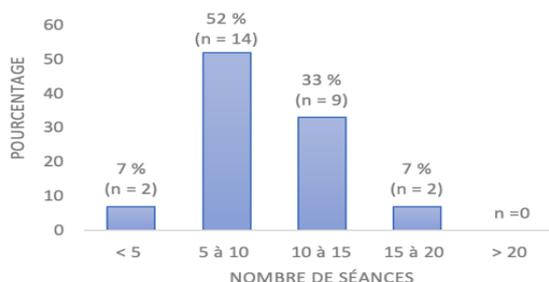


Figure 22 : Nombres de séances de rééducation périnéale moyen par patiente (n = 27)

Pour de meilleurs résultats, après la rééducation du périnée, 74 % des sages-femmes insistent sur le fait qu'il est nécessaire d'avoir un suivi régulier et 100 % des sages-femmes insistent sur le fait d'avoir une auto prise en charge des patientes.

Après les séances de rééducations du périnée, 96 % des sages-femmes évaluent la satisfaction des patientes mais les méthodes varient d'une sage-femme à l'autre. Les résultats complets sont en (Annexe XII). Certaines sages-femmes proposent différentes réponses.

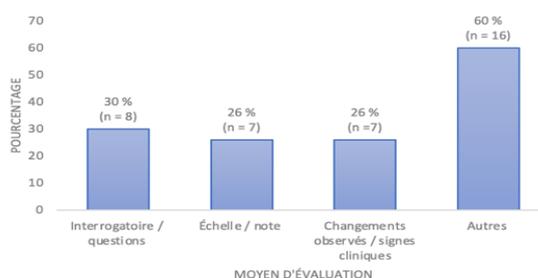


Figure 23 : Recueil de la satisfaction à la fin de la rééducation du périnée par les sages-femmes

Pour 89 % des sages-femmes la fin des séances de rééducation du périnée se termine par un bilan final.

Pour finir le questionnaire, un emplacement pour laisser un commentaire libre était ouvert. Premièrement, les sages-femmes ont évoqué la mise en place de « consultations d'ostéopathie avant la mise en place de la rééducation du périnée ». De plus, « la prévention doit avoir un très grand rôle à jouer ». Elles évoquent également le fait que « les gynécologues devraient orienter toutes les mères vers de la rééducation du périnée ainsi qu'avant toute intervention chirurgicale, alors que leur discours n'est pas toujours dans ce sens ». Elles rajoutent que « l'argent utilisé dans les protections

hygiéniques montre l'IUE comme une évolution normale ce qui est insupportable ». Elles sont plusieurs à évoquer la « nécessité de la prise en charge de l'IUE pour l'épanouissement des femmes ». La rééducation du périnée n'est « malheureusement pas prescrite en systématique dans le post-partum ». Différentes sages-femmes sont d'accord pour reconnaître qu'« elles n'ont pas assez de connaissances ou que celles-ci s'étiolent avec les années ». Pour y pallier, « elles les orientent ». De plus, « la salle de naissance et les suites de couches ne semblent pas être des lieux où les sages-femmes peuvent développer des conseils et prise en charge ». Cependant, ces sages-femmes sont dans la « volonté de s'informer pour faire progresser leurs pratiques ». Une sage-femme précise qu'il faudrait « prendre l'IUE dans une prise en charge plus globale y compris les femmes n'ayant pas eu d'enfant et réaliser un travail sur la sangle abdominale ».

4 Discussion

4.1 Confrontation des résultats obtenues aux données de la littérature

Pour commencer, notre échantillon est représentatif de la population de sages-femmes de Seine-Maritime tant en année de diplôme qu'en mode d'exercice. Avec 61 sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire, notre échantillon correspond à 10 % du nombre de sages-femmes inscrite au conseil de l'ordre départemental de Seine-Maritime ; ce qui est correct. En ce qui concerne les formations continues, il existe un grand nombre de formations différentes réalisées par les sages-femmes. En revanche, aucune sage-femme n'a validé de formation diplômante (DU) sur l'IUE. 71 % des sages-femmes libérales ont bénéficié d'une formation complémentaire, cela va de pair avec le fait que ce sont elles qui prennent le plus en charge la rééducation du périnée.

- Les connaissances des sages-femmes

Les sages-femmes ayant eu seulement les apports théoriques de la formation initiale évaluent leurs connaissances de l'anatomie comme « moyenne » (n = 14). Pour celles ayant eu une ou plusieurs formations complémentaires leurs connaissances sont considérées comme « bonne » (n=15). Ce qui est cohérent avec la nécessité de poursuivre son apprentissage par la réalisation de formations continues. Les sages-femmes interrogées ont plutôt des bons résultats concernant leurs connaissances sur l'anatomie, la continence et la miction et ce indépendamment de formations supplémentaires sur l'IUE car le test du Chi² se révèle non significatif. Néanmoins, ce résultat est discutable au regard de notre petit effectif, nous nous attendions plutôt à ce que les sages-femmes ayant eu une ou plusieurs formations aient une meilleure connaissance de l'anatomie. Les résultats concernant la définition de l'IUE rejoignent l'idée que les sages-femmes ont des connaissances. La majorité des sages-femmes (n= 57) a donné des réponses partiellement complètes avec au moins deux mots clés de la définition.

Concernant la physiopathologie de l'IUE, l'auto-évaluation est de moins bonne qualité. L'auto-évaluation est alors considérée comme « moyenne » pour la majorité des sages-femmes peu importe leurs formations complémentaires ou non (n=30). Effectivement lorsque nous regardons les réponses aux questions sur la physiopathologie, nous observons des moins bonnes réponses. Les réponses sont très disparates et difficiles à classer dans ce petit effectif. Les trois principaux mécanismes qui sont le défaut de soutien urétral (4,37) (n= 35), l'insuffisance sphinctérienne (4) (n = 47) et l'hyperpression abdominale (34) (n = 51) sont les plus cités par les sages-femmes.

Les facteurs de risques de l'IUE sont très nombreux. Ils sont très bien connus par les sages-femmes. Cependant, seulement cinq sages-femmes ont évoqués l'ethnie comme facteur de risque. Or, dans la littérature nous retrouvons une prévalence de l'IUE significativement plus importante chez les femmes caucasiennes (6). Nous retrouvons également moins de la moitié des sages-femmes citant les déchirures périnéales (47) (n = 26) et le travail long (47) (n = 24) comme facteurs de risques. Dans la littérature nous avons vu que les déchirures du périnée fragilisent celui-ci et que le travail long (supérieur à huit heures) augmente le risque d'IUE. La majorité des sages-femmes pensent que les émotions et les comportements ont une forte implication dans l'IUE. Or, dans la littérature nous ne retrouvons pas de lien avec l'IUE.

La prévalence de l'IUE est variable selon les études. L'étude de 2007 du Réseau Sentinelles montre une prévalence de 17,4 %. Dans notre étude, la majorité des sages-femmes (67 %) ont évalué cette prévalence entre 20-50 %. Nous avons vu que la prévalence est encore sous-estimée du fait des différents paramètres pour la rechercher (11). C'est également le cas dans notre étude car 30 % des sages-femmes évaluent une prévalence à moins de 20 %.

Les sages-femmes ont conscience que l'IUE a une forte répercussion sur la qualité de vie des patientes dans différents domaines (22). Elles sont 72 % à interroger les patientes sur leur qualité de vie. Cependant, aucune n'utilise l'échelle Contilife (30), pourtant outil reconnu en France.

- La prévention et le dépistage

Les sages-femmes sont favorables au développement de l'éducation et la prévention de l'IUE (n = 56). Or, dans les réponses à notre questionnaire, neuf sages-femmes ne font jamais de prévention. La prévention dans le post-partum est réalisée par 46 sages-femmes. Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes quels conseils de prévention elles donnaient à leurs patientes concernant l'IUE, les réponses proposées correspondaient de temps en temps à l'IU par urgenturie. Pour 87 % des sages-femmes, c'est à elles d'aborder en premier l'IUE. Dans la revue de littérature, nous avons vu que 57 % des sages-femmes abordent toujours ou souvent l'IUE. Notre étude montre donc que les interrogés évoquent plus le sujet. Nous pouvons l'expliquer par le fait que l'IUE est encore tabou selon 77 % des sages-femmes. La relation de confiance entre les sages-femmes et les patientes se fait sans difficulté pour 98 % d'entre elles.

Selon les sages-femmes interrogées, la formation initiale n'est pas suffisante pour le diagnostic d'une patiente atteinte d'IUE (n = 35). Dans la littérature, nous avons vu que le dépistage tout comme la prévention doivent être menés tout au long de la vie d'une femme au vu des facteurs de risques permanents(55,64). Cependant, dans notre étude, certaines périodes de la vie d'une femme sont moins propices au dépistage selon les sages-femmes. Nous pouvons citer l'accouchement et les suites de couches qui sont un moment de dépistage pour seulement 21 sages-femmes. C'est un moment charnière dans la vie d'une femme où elle ne s'occupe plus seulement d'elle mais également de son enfant. Il est donc important de dépister, de faire de la prévention et d'informer la femme sur ce qu'il se passe. De plus, les consultations de gynécologie de nullipare sont moins citées (n = 35). Or, nous avons vu dans la littérature que les facteurs de risques sont à tout âge avec le surpoids, le port de charge lourde, le sport intensif...

La question de dépistage de l'IUE est décrite par différents auteurs. L'AHCPR propose des questions ouvertes « parlez-moi des problèmes que vous avez avec votre vessie » ou « dites-moi si vous avez des difficultés à retenir vos urines » (69) alors que l'ANAES propose une question fermée « vous arrive-t-il d'avoir des fuites d'urine ? » (6). Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes quelle question elles posaient aux patientes pour diagnostiquer une IUE, nous avons pu constater que les réponses étaient claires. La majorité des sages-femmes reprenait la question de l'ANAES. Cependant, seulement 48 % des sages-femmes cite l'« effort », mais la grande majorité donne des exemple type toux, rire, éternuement. L'IUE peut être évaluée par des questionnaires comme l'UDI-6 (4) et ICIQ (14). Dans la littérature nous avons vu que les sages-femmes utilisaient peu ces méthodes (68) ce qui correspond à notre études car 49 sages-femmes ne connaissent pas de questionnaire. De plus, parmi celles qui en connaissent, aucune sage-femme n'a cité ces deux questionnaires.

L'examen clinique pour le dépistage de l'IUE est composé d'un examen général pour 39 sages-femmes. Il y a 34 sages-femmes qui font l'examen abdominal. Les sages-femmes ne sont pas autorisées à pratiquer la rééducation abdominale. Cependant, l'examen abdominal fait partie intégrante de l'examen de dépistage de l'IUE. L'examen abdominal permet d'avoir une prise en charge globale et orienter si besoin la patiente. Nous avons vu que 66 % des sages-femmes recherchent une incontinence anale en complément de l'IUE. Or, seulement 4 sages-femmes font un toucher rectal aux patientes. C'est-à-dire que les sages-femmes passent seulement par l'interrogatoire pour rechercher

l'incontinence anale. Lors de l'examen clinique, le testing des releveurs est pratiqué par les sages-femmes. 59 % des sages-femmes pensent que le testing est fiable. Or, dans la littérature nous avons vu que le testing est non reproductible et non valide pour quantifier de façon objective la force périnéale (73). Cependant, les sages-femmes ont une bonne connaissance des critères d'un bon plancher pelvien (72) allant de 93 % pour le tonus musculaire à 57 % pour l'inversion de commande.

Les examens complémentaires ne sont pas à faire en systématique (4) lors d'une IUE. Dans notre étude, 22 sages-femmes qui donnent une réponse conforme à la littérature.

- La rééducation du périnée

Le temps de récupération du tonus du périnée pour 49 sages-femmes se situe autour des 6 mois ce qui correspond à la littérature (56). 44 % des sages-femmes pensent qu'il faut pratiquer de la rééducation du périnée chez les femmes asymptomatiques. Or, la rééducation du périnée est recommandée à partir de 8 semaines du post-partum pour l'ANAES (54). Alors que c'est à ce moment où le périnée est à son tonus minimum. Le CNGOF quant à lui recommande de faire de la rééducation du périnée après trois mois d'IUE (76). Dans le questionnaire, 84 % des sages-femmes affirment que les séances de rééducation du périnée peuvent être débutées après 8 semaines du post-partum. Il y a également 74 % des sages-femmes qui prescrivent la rééducation du périnée en systématique pour toutes les femmes en post-partum. Ce chiffre est discutable car dans la littérature nous avons vu que rééducation ne doit pas être faite pour les femmes asymptomatiques (77). L'avantage de cette prescription systématique pourrait être que les femmes pensent à consulter une sage-femme en post-partum pour un diagnostic de l'IUE. La visite post-natale est encore trop délaissée par les femmes. Cette ordonnance leur permet de penser à celle-ci et fera l'objet d'un examen complet qui s'étend en dehors de l'IUE.

Selon les sages-femmes, la formation initiale ne permet pas de savoir prendre en charge les patientes (n=61). Il existe différents traitements pour l'IUE avec des méthodes pour travailler le périnée et des méthodes pour le protéger. Les sages-femmes faisant de la rééducation du périnée (n = 27) font essentiellement du travail manuel (n = 16). Peu de sages-femmes pratiquent d'autres méthodes. Nous pouvons nous demander si elles connaissent ces méthodes et si elles les connaissent pourquoi elles ne les utilisent pas. Les sages-femmes sont 95 % à dire que la rééducation du périnée doit être suivie par un

professionnel de santé. C'est pourquoi, il y a seulement 43 % des sages-femmes qui conseillent l'auto-rééducation. Sur c'est 43 %, la totalité des sages-femmes faisant de la rééducation du périnée (n = 27) conseillent l'auto-prise en charge des patientes ainsi qu'une prise en charge régulière après la fin de la rééducation du périnée (n = 20). Malheureusement, il y a deux sages-femmes qui citent le stop pipi comme moyen d'auto-rééducation. Or, nous avons vu que dans la littérature cela n'est pas recommandé (65). Le nombre de séances pour la rééducation du périnée doit être en 10 et 20 maximum (70). Les sages-femmes interrogées font entre 5 à 10 séances par patientes (n = 14).

S'impliquer dans ce que nous faisons est important pour l'adhésion et la satisfaction de la patiente (68). Lorsque nous pensons que la rééducation du périnée est efficace qu'entre 45 et 55 %, comme 54 % des sages-femmes interrogés, il est plus difficile de faire adhérer les patientes au traitement choisi. Dans la littérature, nous retrouvons une efficacité entre 60-75 % si la rééducation est supervisée par un professionnel de santé (78,79). Or, le Ministère de la Santé évoque que l'IUE est guérie chez 11 % des patientes et améliorée chez 44 % (26).

Parmi les sages-femmes faisant de la rééducation du périnée (n = 27), la quasi-totalité commence par un bilan initial et finissent par un bilan final avec une évaluation de la satisfaction comme recommandé.

4.2 Réponses aux hypothèses

Notre question de recherche était « Quelles sont les connaissances et les pratiques des sages-femmes concernant le dépistage, la prévention et la prise en charge de l'IUE des femmes en âge de procréer et en bonne santé ? ». Nous allons maintenant confronter nos résultats aux hypothèses évoquées.

4.2.1 Hypothèses n°1 : Les sages-femmes ont les connaissances nécessaires concernant l'IUE

Les sages-femmes ont jugé leurs connaissances sur l'anatomie entre « bonne » et « moyenne ». Lorsque nous regardons les résultats aux questions sur l'anatomie, les réponses sont partiellement correctes. En ce qui concerne la physiologie de l'IUE, les sages-femmes sont moins confiantes. Elles considèrent leurs connaissances comme « moyennes » voire « mauvaises ». La physiopathologie de l'IUE est multifactorielle et a besoin d'être encore explorée pour trouver ses origines et mieux connaître son

fonctionnement. Ces zones d'ombre doivent être explorées conjointement avec différentes spécialités s'occupant de l'IUE. La formation initiale dispensée aux étudiants leur apporte les connaissances nécessaires. Cependant, le biais de mémoire à cause des années séparant les études à maintenant ainsi que la non-formation continue au sujet de l'IUE pour un grand nombre de sages-femmes nuancent l'hypothèse sur les connaissances des sages-femmes.

C'est pourquoi nous pouvons en conclure que les sages-femmes possèdent des connaissances sur l'IUE. Cependant, ces connaissances sont plutôt partielles.

4.2.2 Hypothèses n°2 : Les sages-femmes font de la prévention et dépistent toutes les femmes en âge de procréer et en bonne santé

La prévention et le dépistage doivent être réalisés chez toutes les femmes à n'importe quel moment de leur vie pour prévenir ou prendre en charge une IUE. La prévention et l'éducation à la santé concernant l'IUE et le périnée dès le plus jeune âge permettraient de diminuer le recours à la rééducation du périnée. La prévention et le dépistage doivent être systématiques. Au vu du nombre de facteurs de risques de l'IUE, il y a beaucoup de femmes à risque d'en développer une. Pour la prévention, seulement 9 sages-femmes interrogées font « jamais » de prévention. Il y a une différence notable cependant entre la grossesse (n = 28) et la gynécologie (n = 26) d'une part et le post-partum de l'autre. Ce dernier est un moment propice pour la prévention selon les sages-femmes (n = 46). Nous pouvons mettre l'éducation / prévention de l'IUE en lien avec l'éducation à la vie affective et sexuelle faite dès le plus jeune âge. Il serait intéressant de faire sur un même temps ces deux thématiques. Or, nous remarquons que dans beaucoup d'établissements l'éducation à la vie affective et sexuelle n'est pas faite ou seulement partiellement à cause d'un manque de moyens financiers et humains. Nous avons connaissance également de la démographie actuelle des sages-femmes. Les sages-femmes sont peu nombreuses avec un manque de temps conséquent, ce qui réduit leur mission de prévention. Leur mission première est de subvenir aux urgences.

En ce qui concerne le dépistage, les réponses sont nuancées. Nous avons les consultations du post-partum qui sont très représentées (n = 59) alors que d'autres moments comme l'accouchement et le post-partum immédiat (n = 21) et les consultations de gynécologie de la nullipare (n = 35) sont sous représentées. Le dépistage fait par les sages-femmes est complet dans l'ensemble.

Concernant l'hypothèse n°2, nous pouvons conclure que les sages-femmes mènent des actions de prévention et de dépistage mais pas en systématique.

4.2.3 Hypothèses n°3 : Les sages-femmes prennent en charge l'IUE par la rééducation du périnée

Le dépistage de l'IUE se poursuit avec la mise en œuvre d'une prise en charge. Différentes méthodes de rééducation du périnée existent. Les sages-femmes interrogées pratiquant la rééducation du périnée sont significativement des sages-femmes ayant eu une ou des formations complémentaires concernant l'IUE. Elles ont cité 11 formations concernant le périnée et l'IUE. Il y a peu d'uniformité dans ce domaine, la cause étant que l'IUE est multifactorielle impliquant plusieurs domaines (gynécologie, urologie, kinésithérapie, ostéopathie...) avec différents mécanismes physiopathologiques. Les femmes doivent être prise en charge peu importe la quantité de fuites urinaires et l'altération de leur qualité de vie. L'auto-prise en charge des patientes avec l'aide des sages-femmes fait également partie de la rééducation du périnée pour limiter l'IUE. Cela permet un empowerment des patientes. L'auto-rééducation nécessite une connaissance et une conscience du périnée des patientes. Les sages-femmes ont un rôle d'informations et de pédagogie auprès de leurs patientes.

Concernant cette hypothèse, nous pouvons conclure que toutes les sages-femmes ne font pas de rééducation du périnée et que la formation initiale ne leur suffit pas pour se sentir à l'aise avec cette pratique. Les sages-femmes prennent en charge l'IUE par la rééducation du périnée en travaillant directement sur le périnée mais également en mobilisant la respiration et la posture.

4.3 Biais et limites de la recherche

- La taille de l'échantillon

L'étude que nous avons proposée se déroule en Seine-Maritime ce qui réduit l'échantillon et l'analyse aux pratiques départementales. L'échantillon de sages-femmes est représentatif de la population de sages-femmes en Seine-Maritime. Il y a 61 sages-femmes ayant répondu au questionnaire ce qui représente 10 % de la population de sages-femmes du département ce qui est correct malgré un faible effectif total. Il serait intéressant de refaire cette étude sur un plus grand échantillon de sages-femmes pour avoir des réponses qui correspondent mieux à la réalité du terrain et pouvoir obtenir ainsi une puissance statistique satisfaisante.

- La construction du questionnaire

En parallèle des 61 réponses obtenues, nous avons constaté que 80 sages-femmes ont ouvert celui-ci en ne le finissant pas. Nous pouvons expliquer ce manque de réponse de différentes manières. Premièrement sur le questionnaire nous avons mis une obligation de réponse à chaque question sans avoir mis de case « je ne sais pas ». Ce qui implique qu'une sage-femme ne connaissant pas la réponse devait soit arrêter le questionnaire ou mettre aléatoirement une réponse. Secondairement, le questionnaire était peut-être trop long, prenait trop de temps à compléter entièrement. De plus, il n'y avait pas de possibilité de reprendre le questionnaire à distance. Troisièmement, les sages-femmes sont sollicitées par un grand nombre d'enquêtes, il faut alors réussir à attirer leur attention avec une étude qui les intéressent plus que les autres. C'est pourquoi, les réponses que nous avons sont influées par l'intérêt des sages-femmes pour ce sujet. Par leur sensibilité au sujet, nous pouvons nous attendre à de meilleures réponses que dans la population globale. Pour finir, la dernière difficulté est la nécessité de passer par des interlocuteurs pour diffuser le questionnaire aux sages-femmes.

- Réponse aux questions

Les sages-femmes ont quelques fois répondu de manière peu précise comme sur leurs formations complémentaires. Seulement quelques sages-femmes ont précisé le nombre d'heures et l'intitulé exacte de la formation. Nous avons eu également ce problème avec l'évaluation de la satisfaction des patientes.

- Biais de mémoire

Nous pouvons évoquer également biais de mémoire. Les sages-femmes interrogées ont des années de diplômes différentes ce qui implique que la formation initiale remonte à plusieurs années pour certaines. De plus, la formation initiale évolue avec les réformes ce qui modifie le programme d'enseignement. Cela peut avoir un impact sur la qualité des réponses.

4.4 Outils et solutions pour l'amélioration des pratiques

L'évaluation des pratiques des sages-femmes sur l'IUE nous a permis de penser à des outils et solutions pour permettre l'amélioration des pratiques.

- La formation initiale

À court terme, la formation initiale serait un bon moyen pour l'amélioration des pratiques des sages-femmes. Actuellement nous avons vu que l'IUE est traité dans différentes UE ainsi que dans les stages. En licence, 4 heures sont accordées à l'IUE. En master, 4 heures 30 de cours y sont consacrée exclusivement. De plus, des cours transversaux évoquent le sujet. Depuis la loi du 25/01/2023(91), qui vise à faire évoluer la profession de sage-femme et prévoit la mise en œuvre d'une 6^{ème} année des études de sage-femme, une restructuration du programme des enseignements va être nécessaire. Il serait donc intéressant d'augmenter ce volume horaire pour faire plus de prévention, de diagnostic et de prise en charge de l'IUE. Ainsi de nombreux cas cliniques permettrait de prendre en charge aux mieux les patientes serait important. De plus, le stage de santé publique faite en pluridisciplinarité durant 2 semaines peut être ouvert à la prévention de l'IUE. Cela permettra également de perfectionner les enseignements d'éducation et de prévention chez les étudiantes sages-femmes. Les sages-femmes ne se sentiraient peut-être plus obligées de faire des formations supplémentaires pour savoir prendre en charge l'IUE.

- La formation continue

Les formations continues devraient être régulières pour toutes les sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales. Il sera intéressant d'avoir des formations en adéquation avec le type d'exercice que pratique la sage-femme : de la prévention, du dépistage et du traitement pour répondre au mieux à ses problématiques de travail. La formation continue permet se remettre à niveau sur les avancer concernant la physiopathologie de l'IUE ainsi que les nouvelles méthodes de rééducations. Il existe différentes méthodes qui ne peuvent pas être toutes apprises lors de la formation initiale. C'est donc lors de ses formations continues que les sages-femmes peuvent s'ouvrir à ces différentes techniques pour répondre aux mieux aux problématiques de leurs patientes.

- La collaboration interprofessionnelle

L'interprofessionnalité est importante dans la médecine et en particulier pour l'IUE. Cette pathologie est multifactorielle c'est pourquoi chaque spécialité peut trouver une solution pour la patiente. Lorsque la sage-femme poursuit des séances de rééducation sans évolution pour la patiente, il serait intéressant d'orienter la patiente vers un kinésithérapeute, un ostéopathe, un urologue etc. Il est donc important, lorsque le professionnel de santé pratique la rééducation du périnée, de bien connaître son réseau et les acteurs majeurs dans la prise en charge de l'IUE. Les professionnels de santé ne se remplacent pas, ils se complètent avec un seul objectif qui est de prendre en charge au mieux la patiente.

- Auto-prise en charge

Nous avons déjà évoqué le manque de temps des sages-femmes pour la prise en charge des patientes. Nous avons également vu dans la revue de la littérature que l'auto-rééducation est un outil à mettre en place pour une meilleure rééducation du périnée sur le long terme. C'est pourquoi, il serait intéressant que les sages-femmes intègrent l'auto-prise en charge des patientes à leur pratique. L'auto-prise en charge des patientes pourrait être illustrée par des plaquettes avec des exercices de contractions / respiration / posture ainsi que par des logiciels / applications disponibles sur smartphones ou ordinateurs. Cela incite à progresser dans l'ingénierie numérique en ayant des logiciels connectés entre les patientes et les sages-femmes pour suivre leur évolution. L'auto-prise en charge ne doit pas remplacer les exercices faits avec la sage-femme doivent être considérés comme complémentaires.

Conclusion

À l'issue de ce travail de recherche, nous pouvons faire le constat que l'IUE, pathologie qui touche plus d'un quart des femmes, reste un sujet tabou encore bien trop souvent sous-estimé dans sa prévalence et ses conséquences. Des actions de prévention et d'éducation à la santé concernant l'IUE peuvent être menées dès le plus âge par les sages-femmes. Le diagnostic est important à poser car des solutions existent avec en première intention la rééducation du périnée. L'IUE est un réel enjeu de santé publique.

Notre travail de recherche visait à réaliser un état des lieux concernant les connaissances et les pratiques des sages-femmes à propos de l'IUE chez les femmes en âge de procréer et en bonne santé. Nous avons mené une étude quantitative par questionnaire. Les résultats ont pu montrer que les sages-femmes ont des connaissances sur l'anatomie, la physiologie de la continence et la physiopathologie de l'IUE dès la formation initiale. Ces connaissances sont souvent partielles. Or, les facteurs de risques et les conséquences de l'IUE sont bien connus. La prévention et le dépistage sont faits par les sages-femmes. Néanmoins, certains moments semblent moins propices mener ces actions selon les sages-femmes. Pour 87 % des sages-femmes l'IUE doit être abordé par elles car les patientes n'en parlent pas. En ce qui concerne la rééducation du périnée, elle est pratiquée par des sages-femmes qui ont perfectionné leur pratique grâce à des formations continues sur le sujet. Différentes méthodes existent et se complètent.

Malheureusement, notre échantillon constitué de 61 sages-femmes n'a pas permis d'obtenir une puissance statistique satisfaisante. Il serait donc intéressant de poursuivre cette recherche avec un échantillon plus grand.

Le rôle des sages -femmes dans l'éducation et la prévention est fondamental. En effet, les sages-femmes ont les compétences nécessaires pour mettre en œuvre dès le plus jeune âge des actions de prévention et d'éducation visant à ne plus banaliser l'IUE et favoriser la prise de conscience. C'est bien au professionnel de santé de poser la question, d'interroger les femmes pour lever le tabou car des solutions de traitements existent et permettent une amélioration de la qualité de vie des femmes.

Bibliographie

1. Galliac Alanbari S. Rééducation périnéale féminine. Dumod. 2019. (les nouveaux chemins de la santé).
2. Lecomte D. Aides techniques aux personnes handicapées : situation actuelle, données économiques, propositions de classification et de prise en charge [Internet]. 2003 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/26296-aides-techniques-aux-personnes-handicapees-situation-actuelle-donnees>
3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20.
4. Deffieux X. Incontinence urinaire féminine : Diagnostic et prise en charge. Elsevier Masson. 2017. (Pratique en gynécologie-obstétrique).
5. Villet R, Salet-lizée D, Cortesse A, Zafiropulo M. L'incontinence urinaire de la femme. Masson. 2005. (Pratique en gynécologie-obstétrique).
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. *Acta Endosc* [Internet]. 2003 [cité 10 août 2021];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
7. Association Française d'Urologie. Campagne Continence [Internet]. 2021 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.urologie-sante.fr/campagne-continence-2021-telechargement>
8. sphère-santé [Internet]. 2015 [cité 1 févr 2022]. Incontinence : les associations d'aide. Disponible sur: <https://www.sphere-sante.com/incontinenceinformation/association-incontinence.html>
9. Givron P, Coudeyre E, Lopez S, Mares P, Herisson C, Pelissier J. Évaluation de la qualité de l'information concernant l'incontinence urinaire féminine sur le web francophone. *Ann Réadapt Médecine Phys* [Internet]. 2004 [cité 14 juin 2021];(47):217-23. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168605404000388>
10. Faltin DL. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2009 [cité 9 août 2021];(38):146-52. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231509735744>
11. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor

dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 1 déc 1998 [cité 9 juin 2021];25(4):723-46. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889854505700395>

12. Bedretdinova D, Fritel X, Panjo H, Ringa V. Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs. *Eur Assoc Urol* [Internet]. 2015 [cité 13 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283815007022>

13. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. *Prog Urol* [Internet]. 2018 [cité 7 juin 2021];(12):52-9. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/prevalence-et-facteurs-de-risque-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme-jeune>

14. Incontinence urinaire, Réseau Sentinelle, Rapport d'étude épidémiologique 2008 [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/document/871>

15. Vallée JP, Charpentier JM, Le Noc Y. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France Une enquête transversale en médecine générale. 2005;6.

16. Danet S, Olier L, Moisy M, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France. Paris: Documentation française; 2010. (études et statistiques).

17. Pizzoferrato AC, Fermaut M, El Assal A, Fauconnier A, Bader G. Incontinence urinaire chez la femme nullipare : prévalence et évaluation de l'auto-rééducation périnéale. *Prog En Urol* [Internet]. 2014 [cité 10 janv 2022];24(10):646-50. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/922227/incontinence-urinaire-chez-la-femme-nullipare-pre>

18. Alnaif B, Drutz HP. The prevalence of urinary and fecal incontinence in Canadian secondary school teenage girls: questionnaire study and review of the literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12(2):134-7; discussion138.

19. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, et al. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. *Eur Urol* [Internet]. avr 2007 [cité 29 sept 2021];51(4):1073-82. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283806011213>

20. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* [Internet]. 2004 [cité 10 janv 2022];93(3):324-30. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1>

21. Haute Autorité de santé (HAS). Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. 2018 [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
22. Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Women? *Urology* [Internet]. 1 mai 2016 [cité 13 juin 2021];91:83-9. Disponible sur: [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(15\)01186-3/abstract](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(15)01186-3/abstract)
23. Pierce H, Perry L, Gallagher R, Chiarelli P. Urinary incontinence, work, and intention to leave current job: A cross sectional survey of the Australian nursing and midwifery workforce. *Neurourol Urodyn*. sept 2017;36(7):1876-83.
24. Felipe MR, Zambon JP, Girotti ME, Burti JS, Hacad CR, Cadamuro L, et al. What Is the Real Impact of Urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction? A Case Control Study. *Sex Med* [Internet]. 10 janv 2017 [cité 28 janv 2022];5(1):e54-60. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5302384/>
25. Lahoreau G. Incontinence urinaire : Ces fuites qu'on ne saurait voir. *Science&Santé* [Internet]. 2014 [cité 13 juin 2021];(22):36. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/9360>
26. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire ; Ministère de la Santé et des Solidarités ; avril 2007 [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000283.pdf>
27. Agarwal A, Eryuzlu LN, Cartwright R, Thorlund K, Tammela TLJ, Guyatt GH, et al. What Is the Most Bothersome Lower Urinary Tract Symptom? Individual- and Population-level Perspectives for Both Men and Women. *Eur Urol* [Internet]. juin 2014 [cité 15 juin 2021];65(6):1211-7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4018666/>
28. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al. The “Costs” of Urinary Incontinence for Women. *Obstet Gynecol* [Internet]. avr 2006 [cité 13 juin 2021];107(4):908-16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1557394/>
29. Subak L, Eeden S, Thom D, Creasman JM, Brown JS. Urinary incontinence in women: Direct costs of routine care. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 déc 2007 [cité 13 juin 2021];197(6):596.e1-596.e9. Disponible sur: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(07\)00550-9/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(07)00550-9/abstract)

30. Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the CONTILIFE: a Quality of Life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol.* avr 2003;43(4):391-404.
31. Fatton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. 2014;
32. Yiou R, Costa P, Haab F, Delmas V. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. *Prog En Urol* [Internet]. 2009 [cité 23 oct 2021];(19):916-25. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1166708709002863>
33. Morgan DM, Kaur G, Hsu Y, Fenner DE, Guiré K, Miller J, et al. Does vaginal closure force differ in the supine and standing positions? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. mai 2005 [cité 6 janv 2022];192(5). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15902185/>
34. Capson AC, Nashed J, Mclean L. The role of lumbopelvic posture in pelvic floor muscle activation in continent women. *J Electromyogr Kinesiol Off J Int Soc Electrophysiol Kinesiol* [Internet]. 2010 [cité 6 janv 2022];(21):166-77. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1050641110001264>
35. Rosa M, Cometta M, Duong I, Compère C, Bertuit J. Les effets du renforcement musculaire des muscles stabilisateurs du tronc dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme – Revue systématique avec méta-analyse. *Mains Libr* [Internet]. mars 2021;(1):15-28. Disponible sur: www.mainslibres.ch
36. Leroi AM, Le Normand L. Physiologie de l'appareil sphinctérien urinaire et anal pour la continence. *Prog En Urol* [Internet]. 2005 [cité 9 août 2021];(15):123-48. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/physiologie-de-l-appareil-l-sphincterien-urinaire-et-anal-pour-la-continence>
37. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol.* juin 1994;170(6):1713-20; discussion 1720-1723.
38. Steenstrup B, Pelleray M, Gilliaux M. Évaluation des effets d'une correction posturale lors d'un effort de toux, sur l'activité électromyographique des muscles du plancher pelvien, les symptômes et la qualité de vie, chez les femmes présentant une incontinence urinaire d'effort. *Prog En Urol* [Internet]. 1 nov 2021 [cité 1 févr 2022];31(13):796-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708721002955>
39. Braga A, Caccia G, Nasi I, Ruggeri G, Di Dedda MC, Lamberti G, et al. Diastasis recti abdominis after childbirth: Is it a predictor of stress urinary incontinence? *J Gynecol*

Obstet Hum Reprod [Internet]. 1 déc 2020 [cité 1 févr 2022];49(10):101657. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784719306907>

40. Thomaz RP, Colla C, Darski C, Paiva LL. Influence of pelvic floor muscle fatigue on stress urinary incontinence: a systematic review. *Int Urogynecology J* [Internet]. 1 févr 2018 [cité 5 sept 2022];29(2):197-204. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3538-6>

41. Deffieux X, Hubeaux K, Lapeyre E, Jousse M, Sheikh Ismael S, Thoumie P, et al. Perineal neuromuscular fatigue. *Ann Réadapt Médecine Phys* [Internet]. 1 juill 2006 [cité 5 sept 2022];49(6):413-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168605406000948>

42. Ballanger P, Rischmann P. Incontinence urinaire de la femme. Rapport du 89e congrès de l'Association française d'urologie. *Prog En Urol*. 1995;(5):741-895.

43. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1996 [cité 13 juin 2021];103(2):154-61. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.1996.tb09668.x>

44. Deffieux X. Incontinence urinaire et grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2009 [cité 7 juin 2021];(38):212-31. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S036823150973580X>

45. Gachon B, Desseauve D, Fradet L, Decatoire A, Lacouture P, Pierre F, et al. Modifications de la statique pelvienne et de la laxité ligamentaire pendant la grossesse et le post-partum. *Revue de la littérature et perspectives. Prog En Urol* [Internet]. 2016 [cité 28 oct 2021];(26):385-94. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708716000269>

46. Glazener CMA, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM, et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. févr 2006;113(2):208-17.

47. Troko J, Bach F, Toozs-Hobson P. Predicting urinary incontinence in women in later life: A systematic review. *Maturitas* [Internet]. 2016 [cité 13 juin 2021];(94):110-6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512216302237>

48. Baud D, Sichitiu J, Lombardi V, De Rham M, Meyer S, Vial Y, et al. Comparison of pelvic floor dysfunction 6 years after uncomplicated vaginal versus elective cesarean deliveries: a cross-sectional study. *Sci Rep* [Internet]. 9 déc 2020 [cité 14 juin 2021];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7726103/>

49. Ratier N, Balenbois E, Letouzey V, Marès P, de Tayrac R. Mode de poussée à l'accouchement et conséquences pelvi-périnéales. *Revue de la littérature. Prog En Urol* [Internet]. 1 mars 2015 [cité 5 sept 2022];25(4):180-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708715000044>
50. Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol* [Internet]. juill 2016 [cité 15 juin 2021];70(1):148-58 Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5009182/>
51. Van Kessel K, Reed S, Newton K, Meier A, Lentz G. The second stage of labor and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* juin 2001;184(7):1571-5.
52. Beucher G. Complications maternelles des extractions instrumentales. *Rev Sage-Femme* [Internet]. 2009 [cité 9 août 2021];(8):170-86. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408809000789>
53. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery* [Internet]. 1 mars 2014 [cité 28 janv 2022];30(3):378-84. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813000971>
54. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Rééducation dans le cadre du post-partum. *Acta Endosc* [Internet]. 2002 [cité 10 août 2021];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
55. Sievert KD, Amend B, Toomey PA, Robinson D, Milsom I, Koelbl H, et al. Can we prevent incontinence?: ICI-RS 2011. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2012 [cité 28 janv 2022];31(3):390-9. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22225>
56. Stær-Jensen J, Siafarikas F, Hilde G, Benth JS, Bø K, Engh ME. Postpartum Recovery of Levator Hiatus and Bladder Neck Mobility in Relation to Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. mars 2015 [cité 23 nov 2021];125(3):531-9. Disponible sur: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2015/03000/Postpartum_Recovery_of_Levator_Hiatus_and_Bladder.2.aspx
57. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health* [Internet]. févr 1999 [cité 7 juin 2021];89(2):209-12. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508519/>

58. Ruiz de Viñaspre Hernández R, Rubio Aranda E, Tomás Aznar C. Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: A pending challenge. *Midwifery* [Internet]. 1 déc 2013 [cité 28 janv 2022];29(12):e123-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812002458>
59. Viot A, Thubert T, Trichot C, Faivre E, Fernandez H, Deffieux X. Incontinence urinaire et tabac. *Pelvi-Périnéologie* [Internet]. 19 sept 2011 [cité 9 août 2021];6(3):183. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11608-011-0377-7>
60. Steenstrup B. Pression intra-abdominale et IUE, chez la sportive de haut niveau [Internet]. 2018 [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1779012317306708>
61. Mikou F, Abbassi O, Benjelloun A, Matar N, El Mansouri A. Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme marocaine. À propos de 1000 cas. *Ann Urol* [Internet]. 1 janv 2001 [cité 28 janv 2022];35(5):280-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003440101000456>
62. Minaire P, Lyonnet A, Sabot E, Chevillard J, Braize C, Capdepon C, et al. Rééducation périnéale et statique lombo pelvienne. *Ann Kinésithér.* 1988;15(7-8):391-4.
63. Haut conseil de la santé publique. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2004 [cité 10 janv 2022]. Objectifs de santé publique. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/haut-conseil-de-la-sante-publique-objectifs-de-sante-publique-evaluation-des>
64. Rééducation-pelvi-périnéale-2014.pdf [Internet]. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/05/R%C3%A9%C3%A9ducation-n-pelvi-p%C3%A9rin%C3%A9ale-2014.pdf>
65. Portero H. Faire ou ne pas faire le stop-pipi ? Là est la question. *Kinesither Rev* [Internet]. 2006 [cité 23 août 2021];(51):39-41. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012306746265>
66. Bø K, Nygaard IE. Is Physical Activity Good or Bad for the Female Pelvic Floor? A Narrative Review. *Sports Med* [Internet]. 1 mars 2020 [cité 28 janv 2022];50(3):471-84. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01243-1>
67. Dessie SG, Hacker MR, Dodge LE, Elkadry EA. Do obstetrical providers counsel women about postpartum pelvic floor dysfunction? *J Reprod Med* [Internet]. 2015 [cité 28 janv 2022];60(5-6):205-10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886546/>

68. Gogniat V, Rae AC, Séraphin MA, De Rosso A, Herrmann FR. Incontinence urinaire : connaissances, représentations et pratiques des soignants. Enquête aux Hôpitaux universitaires de Genève. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2011 [cité 8 avr 2023];107(4):85-97. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-85.htm>
69. AHCPR. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. *Clinical practice guideline*. 1996.
70. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Bilans Et Techniques De Reeduction Perineosphincterienne Pour Le Traitement De L'incontinence Urinaire Chez La Femme a L'exclusion Des Affections Neurologiques. *Acta Endosc* [Internet]. 2000 [cité 10 août 2021];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
71. DGOS. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 22 août 2021]. La douleur. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
72. Leriche B, Conquy S. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. *Prog En Urol* [Internet]. 2010 [cité 7 juin 2021];(20). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S116670871070004X>
73. Deffieux X, Trichot C, Bontoux LM, Demoulin G, Thubert T, Faivre E. Testing périnéal et incontinence urinaire masquée dans l'évaluation clinique des prolapsus génitaux. *Pelvi-Périnéologie* [Internet]. 1 mars 2011 [cité 23 nov 2021];6(1):59-64. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11608-011-0362-1>
74. Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2005 [cité 23 nov 2021];24(4):374-80. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.20144>
75. De Tayrac R, Letouzey V, Triopon G, Wagner L, Costa P. Diagnostic et évaluation clinique de l'incontinence urinaire féminine | Lecteur amélioré Elsevier. 2009 [cité 8 sept 2022];(38):153-65. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231509735756>
76. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 1 déc 2015 [cité 16 déc

- 2020];44(10):1141-6. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S036823151500263X>
77. RPC du post-partum du GNGOF de 2015.pdf [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: https://www.alyabbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CNGOF/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf
78. Bertuit J, Barrau M, Huet S, Rejano-Campo M. Intérêt des applications mobiles et internet dans la prise en charge de l'incontinence urinaire deffort chez la femme. *Prog En Urol* [Internet]. 2020 [cité 10 janv 2022];30(16):1022-37. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708720305893>
79. Oblasser C, Christie J, McCourt C. Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women post partum: A quantitative systematic review. *Midwifery* [Internet]. 1 nov 2015 [cité 28 janv 2022];31(11):1017-25. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815002296>
80. Bou Kheir G, Grande P, Roumeguère T. Auto-rééducation pour le traitement de l'incontinence urinaire fminine: revue de la littérature | Lecteur amélioré Elsevier. *Prog En Urol* [Internet]. 2021 [cité 10 janv 2022];31(4):186-94. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S116670872030734X>
81. Löjdahl E, Lindam A, Asklund I. App-based pelvic floor muscle training in pregnant and postnatal women: A prospective cohort study exploring factors associated with prevention and improvement of urinary incontinence. *Health Sci Rep* [Internet]. 2022 [cité 14 oct 2022];5(5):e781. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hsr2.781>
82. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. juill 2003;189(1):98-101.
83. Mota RL. Female urinary incontinence and sexuality. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol* [Internet]. 2017 [cité 28 janv 2022];43(1):20-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293379/>
84. de Souza Abreu N, de Castro Villas Boas B, Netto JMB, Figueiredo AA. Dynamic lumbopelvic stabilization for treatment of stress urinary incontinence in women: Controlled and randomized clinical trial. *Neurourol Urodyn*. nov 2017;36(8):2160-8.
85. De Gasquet B. *Abdominaux : arrêtez le massacre ! Marabout*. 2009. 224 p. (santé-développement personnel).
86. Caufriez. *Caufriez Concept*. [cité 16 sept 2022]. Méthode Hypopressive. Disponible sur: <https://caufriezconcept.com/procede-hypopressive-terapeutico/>
87. Guillaume L. *La méthode Guillaume*. 1991 [cité 16 sept 2022]. La rééducation

abdomino-périnéo-diaphragmatique. Disponible sur: <https://www.methode-guillarme.com/la-methode-guillarme/articles.9>

88. Chautemps C. L'Eutonie pour un périnée en bonne santé au fil des ans - Adieu aux fuites urinaires ! Quintessence Holoconcept. 2022. 168 p. (Ressources et santé).

89. Navarro-Brazález B, Vergara-Pérez F, Prieto-Gómez V, Sánchez-Sánchez B, Yuste-Sánchez MJ, Torres-Lacomba M. What Influences Women to Adhere to Pelvic Floor Exercises after Physiotherapy Treatment? A Qualitative Study for Individualized Pelvic Health Care. *J Pers Med* [Internet]. 14 déc 2021 [cité 28 janv 2022];11(12):1368. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8706048/>

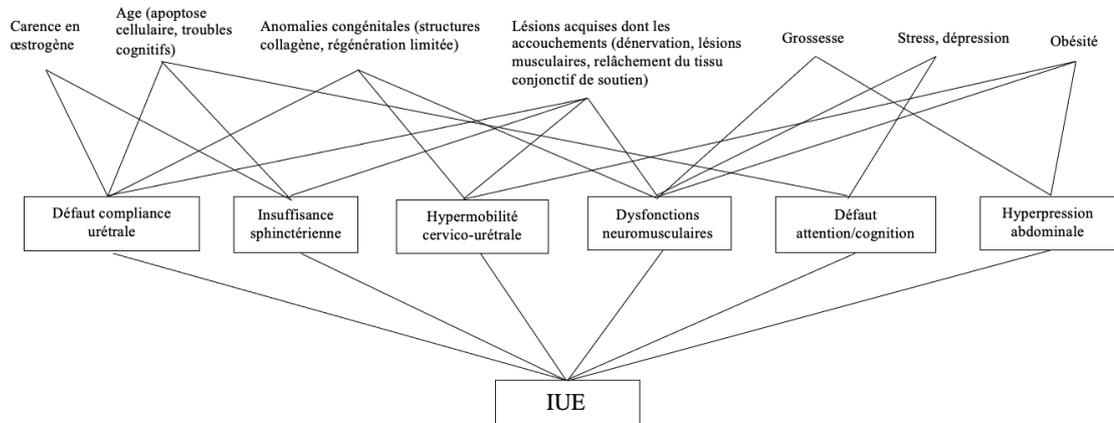
90. Witkoś J, Hartman-Petrycka M. Do future healthcare professionals have adequate knowledge about risk factors for stress urinary incontinence in women? *BMC Womens Health* [Internet]. 16 nov 2020 [cité 28 janv 2022];20:254. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7670780/>

91. LOI n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme (1). 2023-29 janv 25, 2023.

Table des annexes

ANNEXE I : LES MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUE IMPLIQUES DANS L'IUE	1
ANNEXE II : LES DIFFERENTS GRADES DE L'IUE	2
ANNEXE III : LES DIFFERENTS STADES DE L'IUE	3
ANNEXE IV : DETAILS DE L'INTERROGATOIRE DE DEPISTAGE D'UNE IUE	4
ANNEXE V : L'EXAMEN CLINIQUE DE DEPISTAGE D'UNE IUE	6
ANNEXE VI : DETAILS DU TESTING	7
ANNEXE VII : LE QUESTIONNAIRE	8
ANNEXE VIII : FORMATIONS EN LIEN AVEC L'IUE FAITES PAR LES SAGES-FEMMES	11
ANNEXE IX : NOMBRE DE MOTS CLES CITES PAR LES SAGES-FEMMES POUR LA DEFINITION DE L'IUE	17
ANNEXE X : LES MOYENS DE RECHERCHE D'UNE DOULEURS PERINEE SELON LES SAGES-FEMMES	18
ANNEXE XI : COMBINAISONS DES METHODES DE REEDUCATION DU PERINEE PAR LES SAGES-FEMMES	19
ANNEXE XII : INDICATEUR POUR RECUEILLIR LA SATISFACTION DES PATIENTES APRES LA REEDUCATION DU PERINEE	20

ANNEXE I : Les mécanismes physiopathologique impliqués dans l'IUE



Source : (1) Galliac Alanbari S. Rééducation périnéale féminine. Dumod. 2019. (les nouveaux chemins de la santé)

ANNEXE II : Les différents grades de l'IUE

Les différents grades de l'IUE :

- Grade I : fuites pour un effort important, responsable d'une forte élévation de la pression abdominale tel qu'un éternuement, une toux ou un éclat de rire
- Grade II : fuites pour un effort moyen, responsable d'une élévation modérée de la pression abdominale tel qu'un port de poids, une course à pied ou la pratique d'un sport
- Grade III : fuites pour un effort minime, responsable d'une faible élévation de la pression abdominale tel qu'une marche à pied, une montée de marches ou bien le passage de la position couchée à la position debout

Source : (5) Villet R, Salet-lizée D, Cortesse A, Zafiropulo M. L'incontinence urinaire de la femme. Masson. 2005. (Pratique en gynécologie-obstétrique)

ANNEXE III : Les différents stades de l'IUE

Les différents stades de l'IUE :

- Stade 1 : quelques gouttes, épisodique, minime
- Stade 2 : importante, nécessitant le port d'une garniture
- Stade 3 : fuite permanente

Source : (5)Villet R, Salet-lizée D, Cortesse A, Zafiropulo M. L'incontinence urinaire de la femme. Masson. 2005. (Pratique en gynécologie-obstétrique)

ANNEXE IV : Détails de l'interrogatoire de dépistage d'une IUE

L'interrogatoire recommandé :

- Les antécédents médicaux, chirurgicaux, génito-urinaires
- Les médicaments en cours (diurétiques, psychotropes morphiniques...)
- Les facteurs de risques
- Troubles urinaires dans l'enfance, la grossesse ou le post-partum
- Antécédents gynécologiques et obstétricaux tel que les traitements hormonaux, le nombre de grossesse, la durée de la deuxième partie du travail, la rapidité d'expulsion, le périmètre crânien, le poids naissance, les manœuvres obstétricales, les déchirures et épisiotomie
- Ancienneté et caractéristiques de l'incontinence
- Identification des symptômes les plus gênants
- Retentissement sur la qualité de vie
- Fréquence et quantité des mictions et des épisodes d'incontinence
- Autres symptômes tel que dysurie, nycturie, pollakiurie diurne ou nocturne, douleur sus-pubienne ou périnéale, hématurie, interruption du jet d'urine ou jet pauvre, tension lors de la miction, miction incomplète
- Facteurs déclenchants tel que la toux, le rire, les éternuements, les exercices physiques, le port des courses, s'asseoir, se retourner dans le lit, les traumatismes, la prise de médicaments
- Apports liquidiens avec la quantité et type
- Trouble du transit avec la constipation, la diarrhée, l'incontinence de gaz et / ou fécale
- Altération de la fonction sexuelle avec les dyspareunies ou la sécheresse vaginale
- Traitement antérieur de l'incontinence et ses résultats
- Type et quantité de garnitures utilisées ou changements de sous-vêtements par jour
- Les habitudes de vies : sports, activités sociales
- Attentes de la patiente vis-à-vis du traitement.

Sources :

- (6) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Acta Endosc [Internet]. 2003 [cité 10 août 2021];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>*

- *nce Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Bilans Et Techniques De Rééducation Perineosphincterienne Pour Le Traitement De L'incontinence Urinaire Chez La Femme a L'exclusion Des Affections Neurologiques. Acta Endosc [Internet]. 2000 [cité 10 août 2021];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>*

ANNEXE V : L'examen clinique de dépistage d'une IUE

L'examen clinique est composé d'un :

- Examen général avec l'observation de la statique globale en position debout, assise et allongée
- Examen abdominal d'autant plus chez la femme en post-partum pour la recherche de diastasis des muscles grands droits, de cicatrices et la tonicité de la sangle abdominale
- Examen externe du périnée et du sphincter anal recherchant une béance de la vulve, l'état de la peau pour possible vaginite, les hémorroïdes, l'atrophie génitale, un prolapsus extériorisé, des pertes vaginales
- Examen gynécologique à la recherche d'une cystocèle, une rectocèle, un prolapsus du col utérin, une masse pelvienne et par l'évaluation du tonus des muscles du périnée

Sources :

- (54) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Rééducation dans le cadre du post-partum. Acta Endosc [Internet]. 2002 [cité 10 août 2021];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>*
- (70) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Bilans Et Techniques De Reeduction Perineosphincterienne Pour Le Traitement De L'incontinence Urinaire Chez La Femme a L'exclusion Des Affections Neurologiques. Acta Endosc [Internet]. 2000 [cité 10 août 2021];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>*

ANNEXE VI : Détails du testing

Le testing :

- 0/5 : Absence de contraction
- 1/5 : Contraction très faible, difficilement perçue sous le doigt, sensation de frémissement
- 2/5 : Contraction faible, perçue sans aucun doute
- 3/5 : Contraction bien perçue, insuffisante pour vaincre une opposition modérée
- 4/5 : Bonne contraction, vaincue par une opposition peu intense
- 5/5 : Contraction maximum contre résistance

Source : (72) Leriche B, Conquy S. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. Prog En Urol [Internet]. 2010 [cité 7 juin 2021];(20). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S116670871070004X>

ANNEXE VII : Le questionnaire

VOUS CONCERNANT

Vous êtes :

- Féminin
- Masculin

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

Actuellement, quel(s) est (sont) votre (vos) mode d'exercice ?

Cochez la ou les réponses

- Libérale
- Hospitalière
- Territoriale

Dans le cadre de la formation continue ou bien de formation complémentaire type diplôme universitaire (DU), avez-vous bénéficié d'une formation au sujet de l'incontinence urinaire d'effort ?

- Oui : Lesquelles ? Veuillez préciser si c'est une formation ou un DU, l'intitulé de la formation et le nombre d'heures consacrées
- Non : détaillez pourquoi ?

VOS CONNAISSANCES

Pensez-vous que la formation initiale des études en maïeutique est suffisante pour diagnostiquer l'IUE ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que la formation initiale des études en maïeutique est suffisante pour la prise en charge de l'IUE ?

- Oui
- Non
-

Selon vous, quelle est la meilleure définition d'une incontinence urinaire d'effort ?

Comment considérez-vous votre connaissance sur l'anatomie du périnée :

- Mauvaise
- Moyenne
- Bonne
- Très bonne
- Excellente

Quel(s) est(sont) le ou les principal(aux) muscle(s) permettant la continence urinaire à l'effort ?

Cochez la ou les réponses

- Le muscle élévateur de l'anus
- Le sphincter strié urétral
- Le muscle transverse profond
- Le muscle constricteur de la vulve

Pour permettre la continence, quelle(s) est(sont) la(les) condition(s) nécessaire(s) au niveau de la vessie, de l'urètre et des muscles du plancher pelvien ?

Cochez la ou les réponses

- Contraction du détrusor (muscle de la vessie)
- Relaxation du détrusor
- Contraction du col vésical
- Relaxation du col vésical
- Contraction des muscles du plancher pelvien
- Relaxation des muscles du plancher pelvien

Lors de la miction, quelle(s) est(sont) la(les) condition(s) nécessaire(s) au niveau de la vessie, de l'urètre et des muscles du plancher pelvien ?

Cochez la ou les réponses

- Contraction du détrusor
- Relaxation du détrusor
- Contraction du col vésical
- Relaxation du col vésical
- Contraction des muscles du plancher pelvien
- Relaxation des muscles du plancher pelvien

La posture lombo-pelvienne joue un rôle dans la continence. A quoi sert-elle ?

Cochez la ou les réponses

- Diminution des pressions intra-abdominale
- Meilleure qualité de contraction du plancher pelvien

Pensez-vous que les émotions (stress, anxiété, dépression) et le comportement (peurs, croyances) jouent un rôle dans le contrôle mictionnel ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu oui, comment influent-ils le contrôle de la miction ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément
- Toujours

Comment considérez-vous vos connaissances sur la physiopathologie de l'incontinence urinaire d'effort ?

- Mauvaise
- Moyenne
- Bonne
- Très bonne
- Excellente

Quelle est, selon vous, la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort chez les femmes en âge de procréer ?

- Moins de 20 %
- Entre 20 et 50 %
- Plus de 50 %

Quel(s) est(sont) le ou les principal(aux) mécanisme(s) physiopathologique(s) d'IUE ?

Cochez la ou les réponses

- Insuffisance sphinctérienne
- Dysfonction neuromusculaire
- Défaut du tissu de soutien urétral
- Hypermobilité cervico-urétrale
- Hyperpression abdominale
- Défaut d'attention / cognition

Quel(s) facteur(s) de risque(s) de l'IUE connaissez-vous ?

Cochez la ou les réponses

- L'âge
- L'ethnie
- Le surpoids
- L'obésité
- Le tabac
- La sédentarité
- Le sport de haut niveau (gymnastique, trampoline, course à pied...)
- Pratique de séances d'abdominaux type relèvement de buste / pédalage
- Port de charges lourdes
- La constipation chronique

Parmi cette liste, quel(s) est(sont) selon vous le(s) facteur(s) de risque(s) d'IUE ?

Cochez la ou les réponses

- Toutes les grossesses (peu importe la parité, la présentation du fœtus...)
- La multiparité
- Les déchirures périnéales
- L'accouchement
- Un travail long
- Un poids de naissance élevé du fœtus à venir
- Un antécédent d'IUE en post-partum
- Un antécédent d'IUE en pré-partum

Selon vous, combien de temps après l'accouchement, le périnée a-t-il récupéré la majorité de son tonus musculaire ?

- 3 mois
- 6 mois
- 1 an

Selon vous, quelle(s) peut(peuvent) être la ou les répercussion(s) de l'IUE dans la vie des femmes ?

Cochez la ou les réponses

- Altération de la qualité de vie
- Isolement social
- Diminution de la mobilité physique
- Perte d'autonomie
- Altération de la sexualité
- Diminution de la pratique sportive
- Dépression
- Impact sur la vie professionnelle
- Augmentation des dépenses

L'efficacité de la rééducation du périnée menée par un professionnel de santé se situe autour de :

- 40-55 %
- 60-75 %
- 80-95 %

Selon vous, quel(s) est (sont) le(s) point(s) le(s) plus important à développer auprès des femmes ?

Cochez la ou les réponses

- La connaissance des traitements possible
- Le travail de rééducation personnel
- L'éducation et la prévention
- Le dépistage

VOS PRATIQUES

Quel moment, selon vous, est le plus propice au dépistage de l'IUE ? Cochez la ou les bonne(s) réponse(s).

Cochez la ou les réponses

- Consultation gynécologique de nullipare
- Consultation gynécologique de primipare
- Consultation gynécologique de multipare
- Consultation prénatale
- A l'accouchement ou en post-partum immédiat
- Consultation du post-partum

Quelle question utilisez-vous pour demander aux femmes si elles ont une IUE ?

Connaissez-vous des questionnaires de symptômes à donner aux patientes ?

- Oui : Le ou lesquels ?
- Non

Recherchez-vous une douleur périnéale devant une IUE ?

- Oui : par quel moyen ?
- Non

Dans votre pratique, prenez-vous en compte la qualité de vie des femmes souffrant d'une IUE ?

- Oui : par quel moyen ?
- Non

L'examen clinique doit être composé :

Cochez la ou les réponses

- Un examen général
- Un examen abdominal
- Un examen externe du périnée
- Un examen sous spéculum
- Un toucher vaginal
- Un toucher rectal

Concernant le testing des releveurs, quels sont les critères pour définir le plancher pelvien ?

Cochez la ou les réponses

- Le tonus
- La tenue musculaire
- La fatigabilité
- L'inversion de commande

Le testing des releveurs est-il, selon vous, un indicateur fiable pour évaluer la qualité « musculaire » du plancher pelvien ?

- Oui
- Non

Devant une IUE, quel(s) examen(s) complémentaire(s) envisagez-vous systématiquement ?

Cochez la ou les réponses

- Une bandelette urinaire
- Un bilan urodynamique
- Une mesure du résidu post-mictionnel
- Un test de remplissage au bleu de la vessie
- Un calendrier mictionnel
- Aucun

Associez-vous le dépistage de l'incontinence anale à celui de l'IUE ?

- Oui
- Non

LES RECOMMANDATIONS SUR LA REEDUCATION DU PERINEE

Quelles sont les recommandations pour la rééducation du périnée ?

Cochez la ou les réponses

- La rééducation du périnée doit être commencée seulement 8 semaines après l'accouchement
- Il n'est pas recommandé de faire des séances guidées par un thérapeute
- Il est recommandé de rééduquer les femmes asymptomatiques

Prescrivez-vous systématiquement les séances de rééducation périnéale en post-partum ?

- Oui
- Non

Conseillez-vous l'auto-rééducation aux femmes ne souhaitant pas être aidées par un professionnel de santé ?

- Oui : quel type ?
- Non

LA PREVENTION

Délivrez-vous des conseils de prévention primaire concernant l'IUE à chaque patiente ?

Cochez la ou les réponses

- Durant la grossesse
- Durant le post-partum
- Durant le suivi gynécologique
- Jamais

Quelle(s) information(s) de prévention et d'éducation à la santé vous semble(nt) la(les) plus importante(s) à donner aux femmes concernant l'IUE ?

LES FREINS

A propos de l'IUE, pensez-vous :

Cochez la ou les réponses

- Que le sujet est encore tabou
- Qu'il soit nécessaire que le professionnel de santé aborde le sujet car il n'est pas abordé spontanément par les patientes
- Que l'absence de consensus et le manque d'informations sur les techniques de prise en charge mettent en difficulté la prise en charge
- Que la relation professionnel-patient est difficile à mettre en place lors d'une IUE
- Que vous manquez de temps
- Que vous manquez de connaissances
- Autres

POUR LES SAGES-FEMMES PRATIQUANT LA REEDUCATION DU PERINEE

Si vous ne pratiquez pas la rééducation du périnée merci de ne pas répondre aux questions.

Commencez-vous par un bilan initial ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?

Cochez la ou les réponses

- Travail manuel
- Électrostimulation
- Biofeedback
- Autre :

Insistez-vous sur le fait que pour de meilleurs résultats, après une rééducation du périnée, il est nécessaire d'avoir un suivi régulier ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

Insistez-vous sur le fait que pour de meilleurs résultats, après une rééducation du périnée, il est nécessaire d'avoir une auto prise en charge ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

Évaluez-vous la satisfaction des patientes après la rééducation du périnée ?

- Oui : par quel moyen ?
- Non
- Sans réponse

Combien de séances pratiquez-vous en moyenne, chez une patiente souffrant d'une IUE ?

- < 5 séances
- 5-10 séances
- 10-15 séances
- 15-20 séances
- 20 séances
- Sans réponse

Réalisez-vous un bilan final ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

Commentaires libres

Si vous souhaitez avoir les réponses de cette étude lorsqu'elle sera terminée, pouvez-vous m'indiquer votre e-mail ?

ANNEXE VIII : Formations en lien avec l'IUE faites par les sages-femmes

Formations en lien avec l'IUE	Nombre de sages-femmes ayant fait la formation
"Rééducation périnéale" d'ADCO et Médicformation	18
"Connaissance et Maîtrise du Périnée" de D. Trinh Dinh	10
Diplôme Universitaire de gynécologie	5
"Périnée et sport" de Falévitch	5
Eutonie	4
Réponses non exploitables	3
"Travail corporel en rééducation périnéale" de C. Roques	1
"B.A-BA en rééducation périnéale" de C. Fabre Clergue	1
"Méthode uro-MG" de L. Guillaume	1
"Le périnée dans le post-partum immédiat" de Bernadette De Gasquet	1
"Accouchement physiologique et protection du périnée" de Bernadette De Gasquet	1
"Pessaires et boules de geisha dans la rééducation périnéale" de Bernadette De Gasquet	1

ANNEXE IX : Nombre de mots clés cités par les sages-femmes pour la définition de l'IUE

Nombre de mots clés	Nombre de réponses
Pas de réponse	1
Pas de mots clés	0
1 mot clé	0
2 mots clés	22
3 mots clés	31
4 mots clés	4
5 mots clés	3

ANNEXE X : Les moyens de recherche d'une douleurs périnée selon
les sages-femmes

Par quel moyen ?	Pourcentage	Nombre de sages-femmes
Interrogatoire + examen clinique	43	9
Interrogatoire seul	24	5
Examen clinique seul	14	3
Questionnaire	9	2
Pas de réponse	9	2

ANNEXE XI : Combinaisons des méthodes de rééducation du périnée
par les sages-femmes

Combinaisons de méthodes de rééducation du périnée	Pourcentage	Nombre de sages-femmes
Travail manuel	60	16
Travail manuel + Électrostimulation + Biofeedback + Posture	6	2
Travail manuel + Etonie	6	2
Travail manuel + Électrostimulation	4	1
Travail manuel + Électrostimulation + Biofeedback + RPGPM	4	1
Travail manuel + Électrostimulation + Posture	4	1
Posture	4	1
Etonie + Proprioception	4	1
Périnée ludique	4	1
Etonie	4	1

*RPGPM = Rééducation Périnéale Globale Proprioceptive en Mouvement

ANNEXE XII : Indicateur pour recueillir la satisfaction des patientes
après la rééducation du périnée

Recueil de la satisfaction	Pourcentage	Nombre de sages-femmes
Interrogatoire / questions	30	8
Échelle / note	26	7
Changements observés / signes cliniques	26	7
Comparaison du bilan initial / bilan final	22	6
Avis / ressenti	15	4
Questionnaire	15	4
Testing	4	1
Visite de contrôle à 2 mois	4	1

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

**LES SAGES-FEMMES ET L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LES
FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER EN BONNE SANTÉ**

SCIPION FIONA

RÉSUMÉ : L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est un problème de santé publique et concerne un grand nombre de femmes. Il est nécessaire de faire de la prévention et de diagnostiquer toutes les femmes. Le traitement de l'IUE par la rééducation du périnée peut être fait par les sages-femmes.

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes au sujet de la prévention, du dépistage et la prise en soin de l'IUE chez les femmes en âge de procréer et en bonne santé.

Une étude observationnelle, quantitative et multicentrique a été réalisée auprès de 61 sages-femmes de Seine-Maritime. Un questionnaire a été envoyé aux sages-femmes via le Conseil de l'Ordre de Seine-Maritime.

Nous avons pu mettre en évidence que les connaissances des sages-femmes sur l'anatomie, la physiologie de la continence et la physiopathologie de l'IUE sont partiellement bonnes. Les facteurs de risques et les conséquences sur la vie des femmes sont quant à eux bien connus des sages-femmes. La prévention et le dépistage par les sages-femmes sont menés à différents moments dans la vie d'une femme. Les sages-femmes doivent aborder l'IUE de manière systématique car les patientes n'en parlent pas. Les sages-femmes prenant en charge l'IUE par la rééducation du périnée sont de manière statistiquement significative des sages-femmes ayant eu une ou des formations complémentaires sur l'IUE. Les sages-femmes utilisent différentes techniques de rééducation et veillent à prendre en soins les patientes selon une approche holistique.

MOTS CLES : RÉÉDUCATION DU PÉRINÉE, PRÉVENTION, DIAGNOSTIC, INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT, SAGE-FEMME