

**Faculté de Médecine
Ecole de Sages-Femmes**

**Diplôme d'Etat de Sage-femme
2014-2015**

**INCONTINENCE ANALE DANS LE POST-PARTUM :
INFORMATION ET PREVENTION AUPRES DES
ACCOUCHEES PRIMIPARES SUIVIES A L'HME**

Présenté et soutenu publiquement le 5 mai 2015
Par Anne-Sophie SENANT

Directeur : Dr Hugues CALY

Guidant : Marie-Noëlle VOIRON

Remerciements

Je souhaite remercier les personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire :

- Dr Hugues CALY, *gynécologue-obstétricien, directeur de ce mémoire.*
- Mme Marie-Noëlle VOIRON, *directrice de l'école de sages-femmes de Limoges et sage-femme référente de ce mémoire.*
- Mme Marie-Bernadette ETIFIER, *anciennement sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Limoges.*

Et aux autres membres du jury :

- Pr Yves AUBARD, *gynécologue-obstétricien responsable du service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges (HME).*
- Mme Agnès BARAILLE, *sage-femme enseignante à l'école de de sages-femmes de Limoges.*
- Mme Christelle VERNON, *sage-femme à l'HME de Limoges.*

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : Incontinence anale dans le post-partum et prise en charge	2
1. Anatomie et physiologie pelvienne et rectale	2
1.1 Anatomie du plancher pelvien	2
1.2 Physiologie rectale et continence	3
2. Modifications anales liées à la grossesse et à l'accouchement	4
2.1 Pendant la grossesse	4
2.2 Pendant l'accouchement.....	4
3. Incontinence anale (IA).....	5
3.1 Les facteurs de risque au cours de l'accouchement favorisant l'incontinence anale du post-partum	5
3.1.1 Lésions anatomiques.....	6
3.1.2 Lésions neurologiques	6
3.1.3 Lésions musculaires	6
3.2 Épidémiologie de l'incontinence anale du post-partum.....	7
4. Diagnostic et traitements de l'incontinence anale du post-partum	8
4.1 Interrogatoire et examen clinique.....	8
4.2 Examens et traitements	9
5. Du curatif au préventif	11
5.1 La prévention de l'incontinence anale du post-partum	11
5.1.1 La prévention dans le domaine de la santé	11
5.1.2 La prévention primaire et secondaire dans le cadre de l'incontinence anale du post-partum.....	11
5.2 L'information	12
5.2.1 Définition d'une information	12
5.2.2 Communication et information.....	13

5.2.3 Un thème difficile à aborder pour professionnels et patients	13
DEUXIEME PARTIE : Protocole de recherche	14
1. Présentation de l'étude	14
2. Le type d'étude	15
3. La population	15
4. Constitution de l'échantillon	15
5. Les variables	15
6. Méthodologie	16
6.1 Procédures de recueil des données	16
6.2 Saisie et stratégie d'exploitation	16
TROISIEME PARTIE : Résultats	17
1. Caractéristiques de la population	17
1.1 Age	17
1.2 Niveau d'étude	18
1.3 Mode d'accouchement	18
2. Présentation des résultats obtenus concernant les différentes hypothèses	19
2.1 Hypothèse 1	19
2.2 Hypothèse 2	22
2.3 Hypothèse 3	23
2.4 Hypothèse 4	25
QUATRIEME PARTIE : Discussion	27
1. Information sur l'IA du post-partum	27
2. La vision des patientes sur l'IA du post-partum	30
3. Points faibles et points forts de l'étude	31
4. Propositions	32
Conclusion	34
Références bibliographiques	35
Annexes	41

ANNEXE 1: Les différents plans du périnée.....	42
ANNEXE 1.1: Le plan superficiel	42
ANNEXE 1.2: Le plan moyen	43
ANNEXE 1.3 : Le plan profond	44
ANNEXE 2 : Les muscles sphincters de l'anüs.....	45
ANNEXE 3 : Questionnaire	46

INTRODUCTION

Malgré une nette amélioration de l'information des patientes sur l'incontinence urinaire, celle de l'incontinence anale dans le post-partum reste encore très limitée en raison d'un tabou persistant que ce soit du côté des professionnels ou des patientes. Or cette pathologie entraîne des conséquences considérables sur la vie de tous les jours mais aujourd'hui, la prévalence reste encore incertaine en raison d'une sous-déclaration des patientes.

Ainsi il semble important de sensibiliser davantage les patientes pendant leur grossesse ou le séjour en suites de couches qui à l'issue de leur accouchement peuvent être exposées à ce problème.

L'idée d'un mémoire traitant de l'incontinence anale dans le post-partum nous est venue avant d'être confrontée à des patientes souffrant de ces troubles. Nous avons donc rencontré une kinésithérapeute spécialiste dans la rééducation de cette pathologie qui nous a exposé plusieurs cas de patientes dont un qui a particulièrement attiré notre attention. Une femme présentant tous les symptômes de l'incontinence avait quitté la maternité sans en avoir parlé à l'équipe. Après un accouchement traumatique (périnée complet compliqué) elle aurait dû avoir les informations nécessaires pour ne pas quitter la maternité avec de telles complications.

Nous nous sommes donc posé une question :

« Que retiennent les patientes concernant l'information donnée par les professionnels de santé sur l'incontinence anale dans le post-partum ? »

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux auprès des accouchées primipares suivies à l'Hôpital Mère-Enfant (HME) concernant les informations sur l'incontinence anale du post-partum qu'elles disent avoir reçues.

Ensuite, nous voulons vérifier si la nature du sujet est un frein à la communication entre les professionnels et les accouchées.

PREMIERE PARTIE : Incontinence anale dans le post-partum et prise en charge

1. Anatomie et physiologie pelvienne et rectale

1.1 Anatomie du plancher pelvien

« Le périnée ou plancher pelvien est constitué par l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne au niveau du détroit inférieur. » (1)

Le plancher pelvien assure trois continences différentes : urinaire, génitale et rectale.

Il est constitué de trois plans : (1), (2), (3), (annexe 1)

- **le plan superficiel**, avec le périnée antérieur :
 - le transverse superficiel,
 - l'ischio-caverneux,
 - le bulbo-caverneux,
 - le constricteur de la vulve
 - le sphincter externe de l'anus faisant parti du périnée postérieur.

- **le plan moyen** : le diaphragme uro-génital est constitué de deux muscles :
 - le sphincter externe de l'urètre
 - le muscle transverse profond.

- **le plan profond** : le diaphragme pelvien est constitué :
 - des releveurs de l'anus avec le faisceau interne dit élévateur et le faisceau externe dit sphinctérien
 - des muscles ischio-coccygiens

1.2 Physiologie rectale et continence

« La physiologie ano-rectale a pour but de permettre soit l'évacuation, soit la retenue issue du colon avec une fréquence variable de façon contrôlable pour l'individu, en lui laissant le choix de la décision entre ces deux options en fonction des impératifs sociaux. »(4)

Le diaphragme des releveurs de l'anus, le levator ani est indispensable à la physiologie rectale. Il est composé d'un faisceau interne et d'un faisceau externe :

- Le faisceau interne est élévateur et assure le soutien des organes pelviens. Il joue un rôle majeur dans la statique pelvienne.
- Le faisceau externe est sphinctérien et contribue à la descente et à la rotation du fœtus au cours du travail.

Son relâchement assure l'ouverture de la fente uro-génitale. (3)

La continence anale se définit comme étant « la capacité à retenir les gaz, les selles liquides ou les selles solides durant les différents épisodes de la vie ». (5)

Le processus d'exonération se divise en trois étapes : une phase de repos, une phase de prédéfécation et une phase de défécation. (6)

La continence anale est assurée par deux systèmes l'un capacitif et l'autre résistif. (7)

- Le système capacitif constitue le réservoir rectal.
- Le système résistif est constitué par les deux sphincters de l'anus : interne lisse et externe strié.

Le sphincter externe est innervé par le nerf pudendal et induit la continence urgente ou volontaire. (4)

Le sphincter interne joue un rôle dans le tonus anal de repos. (4), (5)

2. Modifications anales liées à la grossesse et à l'accouchement

La statique pelvienne est à la fois perturbée par la grossesse et l'accouchement en raison d'un déséquilibre entre les forces de poussée (assurées par la pression abdominale) et les forces de retenue (assurées par le système d'amarrage des viscères pelviens). (8)

2.1 Pendant la grossesse

L'augmentation du poids viscéral, l'allongement des moyens de suspension de l'utérus et la diminution du système d'amarrage des viscères entraînent des modifications pelvi-périnéales pendant la grossesse. (8)

De plus, la pression qui s'exerce sur le périnée ne se fait plus en direction de la région ano-coccygienne mais en regard de la fente vulvaire. (9)

Les pathologies affectant la continence anale auxquelles la femme enceinte peut être confrontée sont notamment la constipation, la maladie hémorroïdaire, une fissure anale, un abcès de l'anus et l'incontinence anale. Les plus courantes restent la constipation et la maladie hémorroïdaire. (10)

La fonction urinaire est également touchée avec l'apparition d'une pollakiurie (augmentation de la fréquence mictionnelle), d'une incontinence urinaire d'effort et de l'augmentation de la fréquence des infections urinaires.

2.2 Pendant l'accouchement

Plusieurs mécanismes pendant le travail comme la dilatation du col, l'engagement de la tête fœtale ou le passage du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne sont à l'origine d'un étirement des fibres élastiques des ligaments de certains muscles entraînant ainsi des troubles statiques. (11)

Les principaux traumatismes de l'accouchement voie basse sur le périnée postérieur sont principalement dus à la descente de la tête fœtale associée aux efforts de poussée mais également liés à la proximité entre la filière uro-génitale et le canal anal. (12)

En effet, il est le premier à s'étirer au moment de la déflexion et du dégagement de la tête fœtale. Le faisceau sphinctérien se distend et le muscle pubo-rectal se contracte pendant la poussée favorisant l'élévation du noyau fibreux central. (3), (8), (11)

Une surdistension du faisceau sphinctérien peut causer des traumatismes importants tels que des troubles de la continence anale immédiats voire tardifs. (3)

3. Incontinence anale (IA)

L'incontinence anale se définit comme étant : « une condition dans laquelle la perte involontaire de gaz et/ou de selles par l'anus constitue un problème social ou d'hygiène » (13)

Il en existe cinq sortes : (14)

- la vraie (échappement de selles normales sans pouvoir se retenir, une incontinence urinaire peut parfois aussi survenir)
- le trop-plein (le fait d'avoir trop attendu)
- l'incontinence due au stress
- la fausse incontinence (liée à une pathologie)
- l'incontinence aux gaz

3.1 Les facteurs de risque au cours de l'accouchement favorisant l'incontinence anale du post-partum

Les atteintes sphinctériennes causées par l'accouchement sont de trois types : anatomiques, neurologiques et musculaires.

3.1.1 Lésions anatomiques

Ce sont des ruptures sphinctériennes : déchirures périnéales de type 3 et 4 et des ruptures sphinctériennes occultes visibles à distance de l'accouchement lors d'un bilan ou d'une échographie endo-anale. Elles peuvent être symptomatiques ou asymptomatiques et ainsi rester méconnues pendant plusieurs décennies. (3),(15), (16)

Les facteurs de risque de ces troubles sont notamment les extractions instrumentales par forceps, les déchirures périnéales de types 3 et 4 et l'épisiotomie médiane. (16)

La durée prolongée de la phase d'expulsion est également un facteur favorisant. (15)

3.1.2 Lésions neurologiques

Les facteurs de risques des lésions neurologiques sont notamment un premier accouchement, ensuite l'extraction instrumentale par forceps, une durée d'expulsion supérieure à 30 minutes ou une macrosomie fœtale. (16)

La dénervation périnéale et la neuropathie pudendale d'étirement sont des lésions neurologiques courantes.

Une étude de Snooks et al. a montré un étirement du nerf pudendal au cours des efforts expulsifs de la parturiente. (14), (17)

3.1.3 Lésions musculaires

Ces lésions correspondent aux déchirures de types 3 et 4 citées précédemment qui touchent le sphincter anal externe.

Une déchirure de type 3 est une lésion qui touche le noyau fibreux central (NFC) et le sphincter de l'anus, on a alors un périnée complet.

Une déchirure de type 4 touche le NFC, le sphincter externe de l'anus et la muqueuse anale, on a alors un périnée complet compliqué. (18)

Les facteurs en dehors de ceux déjà énoncés favorisant ces différentes lésions sont notamment une prise de poids importante pendant la grossesse, l'analgésie péridurale, une expulsion prolongée, les présentations postérieures et une expression abdominale. (19)

3.2 Épidémiologie de l'incontinence anale du post-partum

« La fréquence de l'incontinence anale après un premier accouchement est de 13%. Elle ne concerne le plus souvent que les gaz même si 1 à 2% des primipares n'arrivent pas à retenir les selles liquides. » (20)

La prévalence de l'incontinence anale du post-partum varie selon deux critères principaux : la parité et le temps.

En effet, le risque d'être atteint par cette pathologie est bien plus important pour un premier accouchement que pour les autres. La symptomatologie a tendance à régresser dans les mois qui suivent l'accouchement. (16)

4. Diagnostic et traitements de l'incontinence anale du post-partum

Le diagnostic se fait grâce à deux étapes clés : l'interrogatoire et l'examen clinique.

4.1 Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire consiste à mettre en exergue les symptômes présentés par la patiente et à récolter des informations concernant les causes possibles d'incontinence anale. Pour cela, il faut se renseigner sur les antécédents gynécologiques, obstétricaux et chirurgicaux de la patiente. (21), (16)

Au cours de cet interrogatoire, il est fondamental d'évaluer la qualité de vie de la patiente pour permettre de mesurer l'impact sur sa vie de tous les jours et ainsi de se rendre compte de la gêne occasionnée.

« L'organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état total de bien-être à la fois physique, mental et social. » (22)

Dans le cas de l'incontinence anale ces trois aspects sont touchés ; en effet les conséquences physiques, psychologiques et sociales sont telles que les patients ont du mal à en parler et à consulter au moment opportun pour se faire soigner.

Les patients s'isolent socialement pour ne pas être soumis au regard des autres, perdent leur estime de soi et peuvent tomber dans la dépression. (23), (24)

L'évaluation de l'impact de l'incontinence anale est alors primordiale et systématique lors de l'interrogatoire. Pour cela des échelles et des scores de qualité de vie sont établis. (22)

Ces derniers sont nombreux mais la majeure partie des études réalisées reposent sur les scores de Jorge et Wexner.

Ils ont pour but de quantifier le handicap et reposent sur deux critères :

- la nature : gaz, selles liquides ou selles solides.
- la fréquence : quotidienne, hebdomadaire, mensuelle.

A la suite de cet interrogatoire, un projet thérapeutique peut être défini. (21)

L'examen clinique doit s'intéresser particulièrement à la vacuité du rectum, au tonus de repos, à la contraction volontaire. (21)

Un bilan proctologique et gynécologique doit être réalisé tout comme un examen du périnée pour évaluer la présence ou non de lésions morphologiques, les troubles réflexes, sensitifs ou moteurs. (25)

« L'examen est dynamique et doit comporter une phase statique et un examen de poussée » (21)

Un toucher rectal peut aussi être réalisé afin d'évaluer la sensibilité périnéale et la qualité des réflexes de la patiente. (21) Une fois l'hypothèse du diagnostic d'incontinence anale posée, il convient de rechercher les causes étiologiques ou physiopathologiques pour mettre en place une prise en charge spécifique.

4.2 Examens et traitements

Des examens complémentaires sont réalisés afin d'infirmier ou de confirmer le diagnostic, de modifier ou non la prise en charge et tiennent compte du critère de gêne ressentie.

Ils sont de deux types : les examens morphologiques et les explorations fonctionnelles. (26)

Les examens morphologiques sont constitués de la colposcopie, de la défécographie et de l'échographie endo-anale.

Les explorations fonctionnelles correspondent aux explorations électrophysiologiques et aux explorations paracliniques qui sont :

- la manométrie ano-rectale
- l'échographie endo-anale

Une fois l'incontinence anale identifiée, **une prise en charge et des traitements spécifiques** peuvent être proposés.

Il consiste en un traitement non chirurgical à la fois rééducatif et instrumental.

Le traitement rééducatif repose sur la rééducation périnéale manuelle, le biofeedback et l'électrostimulation. (26), (27)

Ensuite, il y a le traitement instrumental comprenant la radiofréquence, les agents de comblement, la neurostimulation électrique transcutanée et le bouchon anal. (26)

Si aucune solution ne parvient à être trouvée, le dernier recours possible reste alors la chirurgie.

Les solutions proposées peuvent être la chirurgie corrigeant une anomalie anatomique pour :

- les ruptures sphinctériennes
- les troubles de la statique du rectum
- les troubles de la statique pelvienne
- les troubles sensitifs par perte de muqueuse sensible

Ensuite, la chirurgie de substitution repose sur la transposition musculaire ou le sphincter anal artificiel qui s'adressent aux personnes ayant un sphincter anal détruit, dénervé ou difficilement réparable.

En dernière intention, la chirurgie fonctionnelle propose une stimulation des racines sacrées ou une stomie. (28)

Pour finir nous pouvons mettre en valeur les recommandations du **Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF)** concernant la prise en charge de l'incontinence anale du post-partum : (29)

« En présence d'une incontinence anale du post-partum même minime : impériosité des selles, incontinence anale aux gaz, malgré la rééducation périnéale habituelle, un premier bilan comprenant une manométrie ano-rectale et une échographie endo-anale sera réalisé à 3 mois. Le dépistage de ces symptômes, souvent dissimulés par les patientes, est essentiel pour une prise en charge thérapeutique précoce et efficace. Il doit être fait, au même titre que la recherche d'un dysfonctionnement urinaire, à la visite obligatoire post-natale. En l'absence de résultat manométrique ou échographique préoccupant, la récupération physiologique sera attendue en renforçant éventuellement la rééducation habituelle grâce à des séances de rééducation par biofeedback voire d'électrostimulation périnéale postérieure. »

Le point fondamental pour guérir au mieux une pathologie telle que l'incontinence anale du post-partum est une déclaration immédiate ou précoce des troubles. En effet malgré un progrès considérable des traitements et des moyens de prise en charge présentés ci-dessus, une incontinence découverte trop tard ne pourra jamais être totalement soignée. L'information et la prévention sont deux actions incontournables pour pallier ce type de problème.

5. Du curatif au préventif

5.1 La prévention de l'incontinence anale du post-partum

5.1.1 La prévention dans le domaine de la santé

Dans le cas de l'incontinence anale dans le post-partum, la prévention vise à réduire ou diminuer cette pathologie, c'est le cas de la prévention primaire et de la prévention secondaire. (30)

5.1.2 La prévention primaire et secondaire dans le cadre de l'incontinence anale du post-partum

5.1.2.1 Prévention primaire

Elle doit se faire le plus possible avant l'accouchement mais aussi dans les semaines suivant l'accouchement.

Elle peut donc se faire en 2 temps :

- Tout d'abord dans le pré-partum : lors des consultations mensuelles de grossesse ou lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. (31), (32), (33)
- Puis dans le per-partum : au moment de l'accouchement pour réduire ou éviter les facteurs de risque responsables de l'incontinence anale. (31), (33)

5.1.2.2 Prévention secondaire

La prévention secondaire consiste en une information transmise une fois l'incontinence anale présente. Ainsi son champ d'action se situe après l'accouchement. Elle permet de transmettre des données suffisantes aux patientes concernant l'incontinence anale du post-partum comme la symptomatologie ou les risques qui peuvent les alerter.

L'information donnée est fondamentale car ce sera elle qui permettra aux femmes de déclarer leur problème d'incontinence le plus tôt possible. Ainsi un dépistage plus précoce pourra être fait et favoriser une prise en charge rapide. (31)

Pour cela, elle doit être donnée à différents moments clés dans la période du post-partum : (31), (32), (33)

- dans le post-partum immédiat, c'est-à-dire à la maternité par les sages-femmes
- durant la période qui s'écoule jusqu'à la consultation post-natale par la sage-femme libérale ou de PMI
- lors de la consultation post-natale par le gynécologue

5.2 L'information

5.2.1 Définition d'une information

« La théorie de l'information s'attache à étudier la transmission de l'information depuis un point appelé émetteur jusqu'au récepteur à travers un canal qui véhicule le message sous une forme codée. » (34)

L'information médecin-patient dans le domaine de la santé est fondamentale, en effet le code de la santé publique énonce que :

« Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements de santé assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles » (art. L.1112-1) (35)

L'évaluation de l'information donnée aux patients fait partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

« VI.1 – Evaluation de la satisfaction des patients : La satisfaction des patients à l'égard de l'information orale et des documents écrits doit être appréciée (...) documents. » (36)

5.2.2 Communication et information

Dans le cas de la prévention secondaire de l'incontinence anale du post-partum l'information doit être donnée de telle façon que la patiente soit apte à la recevoir.

Le contenu de cette information se limite à ce qui est essentiel et utile pour la patiente, elle ne doit pas être standardisée tout en étant transmise de manière claire et compréhensible. Ensuite, la vérification de la compréhension de l'information est primordiale :

« S'assurer que l'information reçue est la même que l'information transmise quitte à la répéter plusieurs fois pour qu'elle soit intégrée. » (37)

L'information fait partie des critères d'attentes du patient, les autres étant la confiance, la reconnaissance, des points de repère et un espoir réaliste lors d'une consultation. (38)

5.2.3 Un thème difficile à aborder pour professionnels et patients

L'incontinence anale est une pathologie touchant à l'intimité et fait partie des nombreux tabous difficiles à aborder dans notre société actuelle.

Un tabou se définit comme étant un « ensemble d'interdits attachés à ce qui est sacré, impur ou effrayant ». (39)

De ce fait, les professionnels et les patients ont du mal à en parler et donc à communiquer les informations nécessaires pour une meilleure prévention. Or une étude réalisée aux USA, en Europe et au Japon montre que l'amélioration du diagnostic et du traitement de l'incontinence passe par la communication entre le soignant et le patient.

« L'incontinence devient tout à coup une question de relation soignant-soigné. Place à la parole. » (40)

DEUXIEME PARTIE : Protocole de recherche

1. Présentation de l'étude

- PROBLEMATIQUE :

« Que retiennent les patientes concernant l'information donnée par les professionnels de santé sur l'incontinence anale dans le post-partum ? »

- OBJECTIFS :

Objectif principal :

Réaliser un état des lieux concernant les informations sur l'incontinence anale (IA) du post-partum que les accouchées primipares suivies à l'Hôpital Mère-enfant disent avoir reçu.

Objectif secondaire :

Vérifier si la nature du sujet est un frein à la communication entre les professionnels et les accouchées.

HYPOTHESES :

Hypothèse principale :

- Les accouchées primipares suivies à l'HME disant ne pas avoir reçu une information concernant l'incontinence anale dans le post-partum sont majoritaires.

Hypothèses secondaires :

- La majorité des femmes ayant reçu l'information dit ne pas l'avoir comprise.
- Chez les accouchées, les connaissances retenues au sujet de l'IA dans le post-partum (PP) ont insuffisantes.
- La majorité des femmes est gênée d'aborder le sujet.

2. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive unicentrique.

3. La population

La population cible est celle des accouchées de l'Hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges. Le recrutement des patientes est réalisé parmi les accouchées primipares de l'HME de Limoges.

Les critères d'exclusion sont :

- les multipares : il y a un risque de biais compte tenu de leur exposition majorée à des troubles sphinctériens et que l'information ait été antérieure à la dernière grossesse.
- les accouchées avec des antécédents de troubles sphinctériens connus.

En effet, la prise en charge des patientes concernées pendant l'accouchement et les suites de couches ne sera pas la même qu'une femme ne présentant aucun trouble apparent.

- le statut de mineure
- les femmes sous tutelle ou curatelle
- les femmes ne parlant pas ou peu le français
- les femmes ne sachant ni lire, ni écrire

4. Constitution de l'échantillon

Afin d'avoir un échantillon suffisant et le plus représentatif possible de la population, nous avons recruté les primipares pendant 6 mois de Mars à Août 2014 ce qui correspond à 300 patientes.

5. Les variables

Les variables étudiées portent dans un premier temps sur la dispense de l'information concernant l'incontinence anale (par qui, dans quel(s) contexte(s)...), ensuite le niveau de connaissances est évalué avec la mise en place d'un score sur 3 : le niveau de connaissances est suffisant si 2 ou plus de 2 réponses sur 3 sont justes. Pour finir, nous évaluons la gêne autour de l'information sur l'incontinence anale.

6. Méthodologie

6.1 Procédures de recueil des données

Les questionnaires ont été distribués par moi-même et remplis en présence des patientes. Chaque questionnaire est anonyme.

6.2 Saisie et stratégie d'exploitation

Après recueil, les données ont été saisies sur un tableur Excel et l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

Les liens statistiques seront recherchés avec le test du Khi2. Les résultats sont significatifs si $p < 0,05$.

TROISIEME PARTIE : Résultats

Les sujets concernés par l'étude sont les patientes hospitalisées dans le service de suites de couches à l'hôpital de la mère et de l'enfant.

L'étude a duré 6 mois, période pendant laquelle 300 patientes ont été interrogées, par conséquent 300 questionnaires obtenus.

1. Caractéristiques de la population

1.1 Age

Sur notre échantillon de 300 patientes, l'âge moyen est de 28 ans. La majorité des patientes se situe dans la tranche d'âge de 26 à 35 ans.

Tableau 01 :

	Echantillon global = 300 patientes
Moyenne	27,71
Ecart-type	4,99
Etendue (min - max)	18-42

Tableau 02 :

Tranches d'âge de la population	
[18-25 ans]	34%
[26-35 ans]	54%
[36-42 ans]	7%

1.2 Niveau d'étude

Tableau 03 :

Niveau d'étude		
1	3	10%
2	66	22%
3	65	22%
4	145	48%
non-documenté	21	7%

Les patientes sont pour la majorité diplômées de l'enseignement supérieur (niveau 4), soit 48%.

1.3 Mode d'accouchement

Tableau 04 :

Mode d'accouchement	
Voie basse normale	59%
Voie basse instrumentale	19%
Voie haute	21%

La majorité des patientes a accouché par voie basse (78%) contre 21% par césarienne.

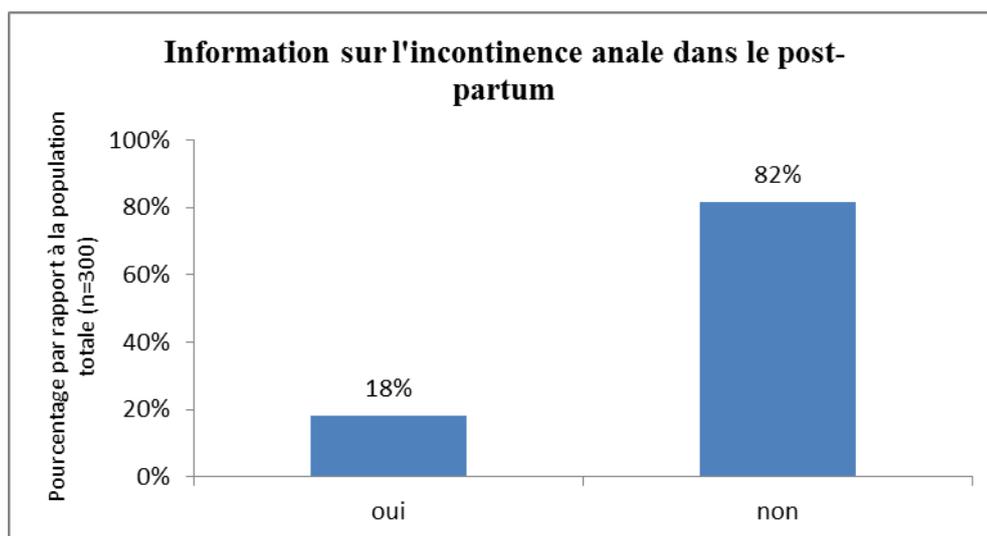
2. Présentation des résultats obtenus concernant les différentes hypothèses

2.1 Hypothèse 1

« Les accouchées primipares suivies à l'HME disant ne pas avoir reçu une information concernant l'incontinence anale dans le post-partum sont majoritaires. »

Le nombre de patientes concernées par cette première hypothèse est de 300, soit la population globale de l'étude.

Diagramme 01 : Pourcentage de patientes considérant ne pas avoir reçu une information sur l'incontinence anale du post-partum et celles disant l'avoir reçue.



La majorité des patientes dit ne pas avoir été informée sur l'incontinence anale (82%) contre 18% des patientes qui l'ont été.

Parmi les 18%, soit 55 patientes, 42% ont été informées sur l'étude ESCAPPE menée par le Dr CALY à l'HME.

Cette étude avait pour but de prévenir les complications dans le post-partum de cette pathologie grâce à une prise en charge précoce des patientes. Pour cela, un dépistage échographique des lésions potentielles était proposé pendant la grossesse à toutes les gestantes avec ou sans facteurs de risques.

Une deuxième échographie était réalisée à distance de l'accouchement (2 mois après) uniquement si une anomalie était découverte à la précédente échographie.

Diagramme 02 : Patientes ayant reçu une information sur l'étude ESCAPPE

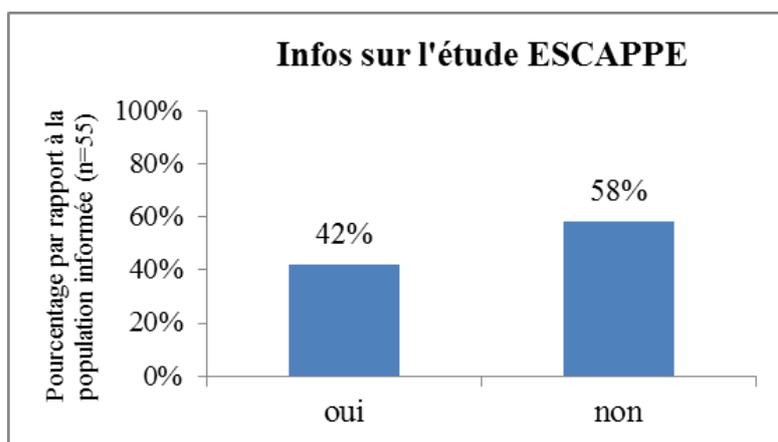


Tableau 05 : Période de dispense de l'information

Quand	
Grossesse	82%
Salle de naissance	7%
Suites de couches	12%

La majorité des patientes interrogées a reçu des informations sur l'incontinence anale pendant la grossesse (82%).

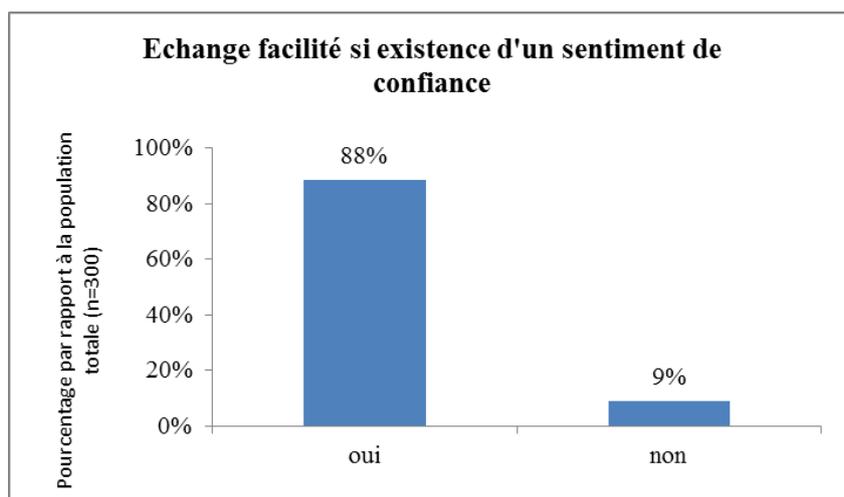
Tableau 06 : Acteurs de la dispense d'information

Qui	
Sages-femmes	61%
Obstétriciens	27%
Médecins traitants	2%
Etudiants sages-femmes	10%

Parmi les 55 accouchées primipares ayant eu des informations, la majorité dit les avoir eu par une sage-femme (61%).

Nous avons également demandé aux patientes si l'échange avec le(s) professionnel(s) de santé ayant délivré l'information était facilitée s'il existait un sentiment de confiance.

Diagramme 03 : Echange facilité si sentiment de confiance



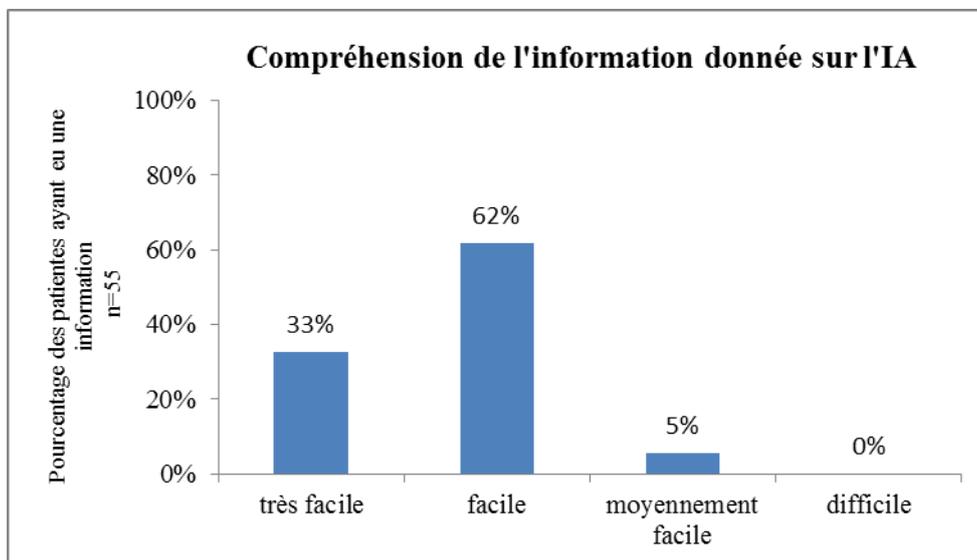
La majorité des patientes, 88% affirme que l'échange concernant l'incontinence anale est facilité s'il existe un sentiment de confiance avec le(s) professionnel(s) de santé.

Les patientes concernées par les hypothèses 2 et 3 sont celles qui ont reçu une information sur l'incontinence anale, soit un nombre de 55 patientes.

2.2 Hypothèse 2

« *La majorité des femmes ayant reçu l'information dit ne pas l'avoir comprise.* »

Diagramme 04 : Pourcentage de patientes ayant reçu une information sur l'incontinence anale reflétant leur compréhension.

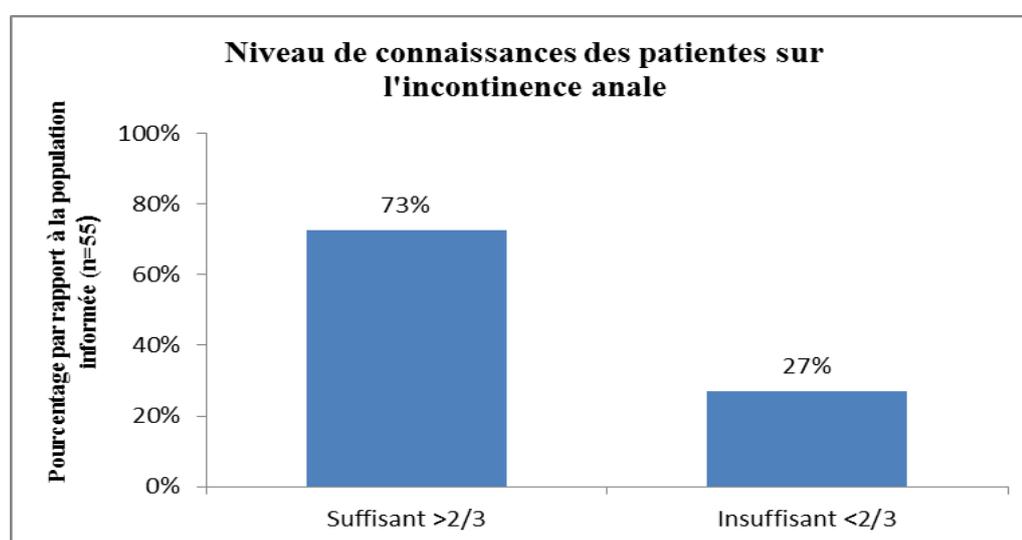


95% des patientes ayant été informées sur l'incontinence anale ont trouvé l'information compréhensible (très facile et facile).

2.3 Hypothèse 3

« Chez les accouchées, les connaissances au sujet de l'incontinence anale dans le post-partum sont insuffisantes. »

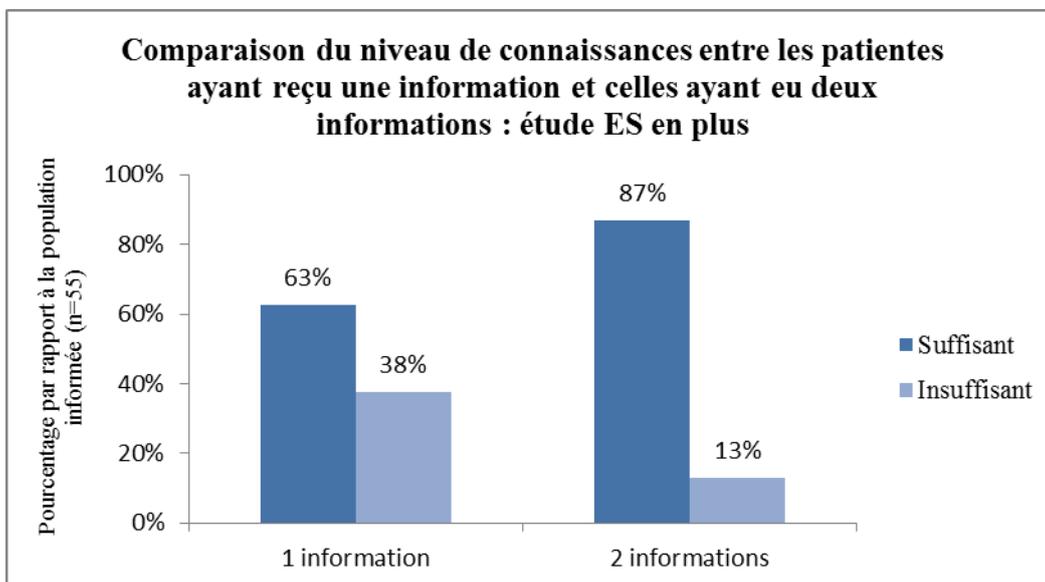
Diagramme 05 : Pourcentage de patientes dont le niveau de connaissances suite à l'information est insuffisant, c'est-à-dire dont le score est inférieur à 2/3



73% des patientes informées sur l'incontinence anale ont des connaissances suffisantes sur l'incontinence anale, c'est-à-dire avec au moins deux réponses justes sur les trois, contre 27% de connaissances insuffisantes, moins de deux réponses justes sur les trois.

Nous avons ensuite comparé le niveau de connaissances des patientes parmi celles ayant reçu une information sur l'incontinence anale et celles ayant reçu en plus l'information sur l'étude ESCAPPE.

Diagramme 06 : Niveau de connaissances des patientes ayant été informées simplement sur l'incontinence anale et celles sur l'étude ESCAPPE et l'incontinence anale.



Les patientes informées en plus par l'étude ESCAPPE ont un meilleur niveau de connaissances (87%) que celles ne l'ayant pas reçue (73%).

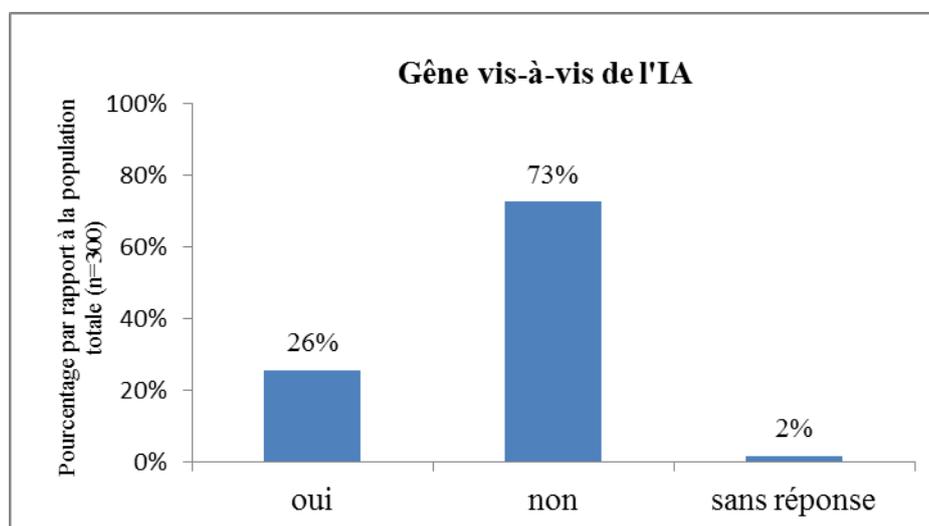
Le test de Khi2 donne une p-value inférieure à 0,0446 (<0,05), donc il y a une différence significative concernant le niveau de connaissances des patientes ayant reçu une information de base sur l'incontinence anale et sur l'étude ESCAPPE qui est meilleur que celui des patientes n'ayant reçu qu'une seule information.

2.4 Hypothèse 4

« *La majorité des femmes est gênée d'aborder le sujet.* »

Cette question a été posée à l'ensemble des patientes, soit un nombre de 300.

Diagramme 07 : Pourcentage de patientes gênées d'aborder le sujet de l'incontinence anale.



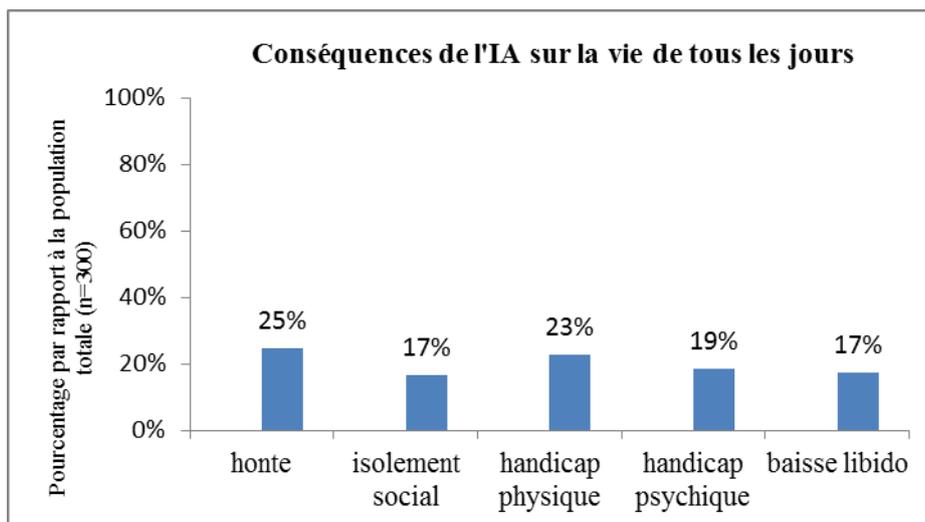
73% des patientes disent ne pas être gênées par le sujet de l'incontinence anale contre 26% qui se disent à l'inverse gênées.

Nous avons ensuite comparé le sentiment de gêne ressenti par les patientes en fonction de classes d'âge suivantes : (18-25 ans), (26-35 ans) et (36-42 ans).

Il en ressort qu'il n'y a aucune différence significative quelles que soient les tranches d'âge auxquelles appartiennent les patientes.

Pour finir, nous avons étudié la vision de l'ensemble des patientes concernant les conséquences éventuelles de l'incontinence anale sur leur vie de tous les jours si elles y étaient confrontées. Pour cela cinq propositions leur étaient suggérées.

Diagramme 08 : Conséquences possibles de l'incontinence anale sur la vie de tous les jours selon les patientes



Il n'y a pas de différences significatives concernant les différentes conséquences de l'incontinence anale sur la vie de tous les jours. En effet, elles sont citées de manière à peu près égale autour de 20%.

QUATRIEME PARTIE : Discussion

1. Information sur l'IA du post-partum

La première hypothèse était que la majorité des accouchées primipares de l'HME n'avait pas reçu d'information sur l'incontinence anale dans le post-partum. Les résultats montrent qu'en effet seules 18% des patientes en ont été informées (diagramme 01). Parmi celles informées la majorité dit avoir reçu une seule information (62%) qui était délivrée majoritairement oralement. Ceci peut être dû au fait qu'il existe encore un tabou persistant ou un manque de connaissances sur cette pathologie notamment du côté des professionnels qui par conséquent n'en parlent pas suffisamment.

Aude CLARTIER l'expose bien à travers son mémoire intitulé « **L'incontinence anale en post-partum : « état des lieux des connaissances des professionnels de santé »** (41) :

« La question de l'incontinence urinaire est fréquemment posée ; ce qui n'est pas le cas de l'incontinence anale qui reste un sujet tabou. Les résultats ont montré que 33,3% s'y intéressaient uniquement si la patiente évoque des signes d'incontinence anale. »

Le peu d'informations sur l'IA peut également s'expliquer par le manque de connaissances des professionnels de santé. Après avoir réalisé un état des lieux auprès des professionnels, Aude CLARTIER fait ressortir leur manque de connaissances sur le sujet :

« A l'issu de notre étude, nous avons avant tout pu conclure que les professionnels de santé de l'Allier et du Puy de Dôme ont des connaissances limitées en ce qui concerne l'incontinence anale en post-partum. Rares sont les professionnels la définissant dans son intégralité. A partir de cette constatation, il semble difficile que ces derniers puissent en parler de façon adaptée avec les patientes et la prévenir. Les professionnels ont également tendance à sous-estimer la prévalence de celle-ci chez la femme ayant accouché. » (41)

La période de dispense de cette information se fait d'après les résultats le plus souvent pendant la grossesse (82%), c'est-à-dire lors des consultations mensuelles, des cours de PNP ou autres (tableau 01). Ce qui correspond à la prévention primaire. Bien que cette période reste relativement dense pour les patientes en raison des nombreuses informations données à chaque consultation par de multiples intervenants, elle reste la plus propice pour commencer une sensibilisation de qualité.

La littérature confirme son importance en mettant en valeur qu'elle vise à réduire ou diminuer cette pathologie (30).

En revanche, l'information est très peu diffusée en salles de naissances (7%, tableau 01), nous pouvons facilement l'expliquer par :

- le manque de temps pour dispenser cette information,
- la volonté de ne pas alimenter d'angoisses à ce sujet en laissant l'accouchée se reposer, en particulier si l'accouchement n'a pas exposé la patiente à de futurs troubles urinaires ou anaux.

Ensuite, seules 12% des accouchées disent avoir reçu une information pendant leur séjour en suites de couches (tableau 01), résultat faible car en effet il semble s'agir de la période la plus optimale pour dispenser une information claire notamment lors des examens du jour réalisés chaque matin. Leur poser la question et donc les informer quant aux risques inhérents semble primordial, l'accouchement étant un des premiers facteurs de risque des troubles de la continence anale. Ceci peut s'expliquer par le manque de sensibilisation des sages-femmes ou gynécologues-obstétriciens à ce sujet qui ont tendance à en parler seulement lorsque les patientes présentent un périnée complet.

Les sages-femmes sont d'après les patientes, les principales actrices de la dispense de cette information (61%). Ainsi ces résultats montrent l'intérêt que l'information soit davantage diffusée auprès des sages-femmes qui sont les principales interlocutrices des patientes notamment en suites de couches. En effet, ce sont elles qui réalisent les examens du jour, les examens de sortie, par conséquent les patientes rencontrent très peu les médecins après leur accouchement. Mais l'information doit atteindre tous les autres acteurs médicaux, c'est-à-dire les obstétriciens, les gynécologues et les médecins généralistes amenés à rencontrer plusieurs fois les patientes pendant ou après leur grossesse.

Aude CLAUTRIER nous montre à travers son mémoire que les sages-femmes disent aborder la question du transit bien plus souvent que les gynécologues-obstétriciens « 45% vs 37,5% ». (41)

Quant aux étudiants sages-femmes, il semble important d'insister sur cette pathologie au travers de cours théoriques. Malheureusement le cours concerné n'est abordé qu'une seule fois pendant le cursus, en 3^{ème} année. Ainsi, l'apprentissage sur le terrain semble en parallèle essentiel. En assistant à des consultations ou des examens post-nataux au cours desquels les sages-femmes abordent le problème de l'IA, les étudiants pourront alors prendre conscience de l'importance de cette information et prendront l'habitude de la diffuser.

Pour ce qui est de la vérification de l'information donnée, 80% des patientes affirment qu'elle a été vérifiée. Plusieurs sources bibliographiques insistent sur l'intérêt de vérifier cette information.

En effet, **DUPONT M.**, et **FOURCADE A.**, le montrent dans leur ouvrage intitulé « **l'information médicale du patient règles et recommandations** » à travers cette phrase :

« S'assurer que l'information reçue est la même que l'information transmise quitte à la répéter plusieurs fois pour qu'elle soit intégrée. » (37)

ou bien **MOLEY-MASSOL I.** dans « **relation médecin-malade, enjeux, pièges et opportunités situation pratique** » :

« Une bonne communication pourrait être ainsi définie [...] vérification que l'information a été bien comprise [...]. » (38)

Quels que soient les interlocuteurs et le moment où elles reçoivent l'information, les patientes trouvent l'échange autour de l'IA facilité à 88% lorsqu'il existe un sentiment de confiance avec les professionnels de santé. L'intérêt d'être à l'aise à la fois du côté des professionnels et des patientes est en effet confirmé à travers l'ouvrage de **MOLEY-MASSOL I.** :

« La confiance est la base de la relation de soin. Elle implique à la fois les compétences techniques et scientifiques du médecin et sa capacité à comprendre et à soutenir le malade. » (38)

Ensuite, l'ensemble des patientes trouvaient que l'information qui leur avait été dispensée était compréhensible. L'information transmise est donc de qualité et à la portée des accouchées bien qu'elle ne soit que trop peu donnée.

De plus, le niveau de connaissances des patientes évalué au travers de trois questions est suffisant à 73%, ce qui prouve une nouvelle fois la qualité de l'information. Ces résultats sont en accord avec la littérature qui atteste de l'importance du contenu de l'information devant être utile et compréhensible pour les patientes :

« transmission d'une information claire, compréhensible, adaptée au patient ». (38)

L'objectif est donc à présent de faire de cette information une information clé qui doit être transmise de manière systématique au cours du pré et/ou post-partum.

Lorsque les patientes ont reçu une information sur l'étude ESCAPPE en plus de celle déjà reçue, leur niveau de connaissances est meilleur que celui des patientes n'ayant reçu qu'une seule information. Cela montre l'intérêt de répéter les informations notamment pendant une période telle que la grossesse riche en informations diverses afin que cela serve le jour où le problème se pose.

En somme, il semble que les informations données aux patientes étaient correctes mais trop peu fréquentes.

Nous pouvons alors nous demander quels sont les freins à la dispense de cette information sur l'IA : est-ce un manque de temps lors des consultations, une banalisation des troubles de la continence par les professionnels de santé et les patientes, des connaissances insuffisantes sur ce sujet ?

2. La vision des patientes sur l'IA du post-partum

L'incontinence anale est un sujet moins abordé que celui de l'incontinence urinaire qui s'est bien plus généralisé ces dernières années. En effet, cela paraît gênant à la fois pour les patientes et les professionnels de santé d'aborder un sujet qui touche autant à l'intimité des personnes.

Nous avons donc posé la question aux patientes qui pour la majorité ne se disent pas gênées d'aborder ce sujet. En revanche, aucune n'était réellement concernée par ce problème, il est donc probable que cet aspect fausse largement leur vision des choses mais cela montre que cette information peut être plus facilement diffusée sans heurter les personnes. L'évolution des mentalités pourrait contribuer à lever le tabou autour de l'IA et à la considérer comme une réelle pathologie.

La majorité d'entre elles expose la honte en première position concernant les conséquences de l'incontinence anale du post-partum sur la vie de tous les jours.

Le regard des autres semble donc être un frein important pour déclarer ce problème, ces résultats sont en accord avec l'ouvrage d'**A. WATIER** qui expose notamment la tendance à l'isolement social des personnes touchées :

« Huppe [14] a montré que l'incontinence fécale exerce un effet prononcé sur la sexualité et sur les activités socioprofessionnelles et peut conduire à un isolement social presque complet résultant de cette gêne. » (23)

3. Points faibles et points forts de l'étude

Le premier biais de notre étude est celui de la mémorisation. En effet, en interrogeant les patientes pendant leur séjour en suites de couches, elles devaient se souvenir si l'IA avait été abordée au cours de leur grossesse ou en salles de naissances.

De plus, nous nous sommes limitées aux accouchées primipares qui d'après la littérature seraient plus exposées à ce type de problème (16). Ainsi, nous ne pouvons pas savoir si elles reçoivent plus d'information(s) que les accouchées multipares.

Ensuite, nous nous sommes limités aux patientes qui avaient reçu une information pour vérifier leur niveau de connaissances et non à l'ensemble de la population. Nous ne pouvons donc pas conclure sur les connaissances générales de base de cette population.

Lors de la distribution des questionnaires, de nombreuses patientes ont montré leur intérêt pour cette pathologie dont elles ne soupçonnaient pas l'existence en post-partum.

En effet, elles étaient rassurées d'avoir ces informations et insistaient sur la nécessité de la diffuser plus largement pendant leur grossesse.

Le fait d'avoir distribué et ramassé les questionnaires en personne a permis d'éviter la mauvaise compréhension des patientes vis-à-vis des différentes questions permettant de leur accorder un temps nécessaire si elles en manifestaient le besoin.

La création de notre plaquette d'informations pourrait permettre la diffusion plus large de l'information sur l'IA auprès des patientes pendant leur grossesse notamment à travers les différents services intéressés.

Pour finir, l'effectif de la population est de 300 patientes ainsi nous pouvons penser qu'il est suffisamment important pour que les résultats paraissent significatifs.

4. Propositions

Comment pourrions-nous améliorer la diffusion de l'information sur l'IA du post-partum ?

Une minorité de patientes (18%) dit avoir reçu une information pendant leur grossesse, transmise la plupart du temps oralement. Cette information est donnée parmi une multitude d'autres que les patientes arrivent difficilement à intégrer.

Ainsi, il semble essentiel d'insister sur la mise en place d'un support écrit adapté aux patientes permettant de garder un souvenir concret de l'information. C'est pour cela que nous avons créé une plaquette d'informations destinée à cet effet (annexe 4). Cela contribuerait à agir sur les idées reçues en la faisant circuler au niveau des consultations ou en affichant des posters d'une part pour lever le tabou et d'autre part pour inciter les patientes touchées à en parler. Cela aiderait ainsi à pallier à la sous-déclaration autour de cette pathologie.

Un moment clé pour diffuser cette information semble être pendant la grossesse lors des cours de PNP. Les patientes sont d'une part en comité restreint, ce qui permet de parler plus facilement de sujets intimes en se sentant moins jugées, d'autre part les sages-femmes reviennent sur diverses informations qui ont pu être données trop rapidement pendant les consultations.

La question de la rééducation périnéale est très souvent abordée, de ce fait il semble important de sensibiliser les patientes sur l'IA à ce moment-là comme cela est fait pour l'incontinence urinaire.

La plaquette peut alors leur être délivrée favorisant l'intégration de cette information.

Lors du séjour en suites de couches, un examen général de la patiente est réalisé chaque jour et complété dans le logiciel Filemaker utilisé au CHU de Limoges. Il existe un item concernant la qualité du transit mais rien dans l'examen de sortie hormis le testing périnéal.

Un item sur la continence pourrait donc être rajouté comme par exemple sur la difficulté à retenir les gaz et les selles. Cela permettrait ainsi de faire plus systématiquement le point avec les patientes pour les informer du risque d'IA à distance de l'accouchement avant leur sortie de la maternité et l'intérêt de venir consulter devant les signes d'alerte qui leur seront préalablement donnés.

Par la même occasion, il semble essentiel d'insister sur l'intérêt de la rééducation périnéale, premier traitement de l'IA et sur l'existence d'autres traitements en cas de complications. Leur signaler que cette pathologie se soigne bien lorsqu'elle est prise en charge tôt semble indispensable afin de leur montrer l'importance d'une déclaration précoce des premiers signes d'alerte.

Pour cela il semblerait important de renforcer la sensibilisation et les connaissances des sages-femmes et des étudiants mais également des autres professionnels de santé. En effet, informer de manière générale les professionnels dans les différents services par le biais de réunions de sensibilisation et d'informations pourrait alors améliorer leurs connaissances. Ils se sentiraient alors plus à même de diffuser une information qu'ils maîtrisent.

L'IA se manifeste la plupart du temps dans les semaines suivant l'accouchement, ainsi la sensibilisation des gynécologues-obstétriciens paraît également intéressante pour que la question soit systématiquement abordée lors de la consultation post-natale. La plupart du temps, les patientes prennent ce rendez-vous avec un gynécologue qu'elles connaissent ou en qui elles ont confiance, ainsi il s'agirait d'un moment propice à la déclaration de troubles sphinctériens favorisée par le climat de confiance.

Conclusion

A l'issue de notre étude, nous avons constaté que les accouchées primipares suivies à l'HME sont majoritaires à ne pas avoir reçu d'information(s) sur l'IA du post-partum. En effet, malgré sa fréquence et l'impact sur la vie de tous les jours, cette pathologie reste très peu abordée pendant la grossesse ou le post-partum.

Pourtant les patientes interrogées ont montré leur intérêt pour cette information qu'elles jugent utiles d'avoir pendant leur grossesse. Malheureusement, le manque de connaissances des professionnels de santé et les idées reçues semblent en faire toujours un tabou.

Plusieurs moments au cours du suivi pourraient être propices pour diffuser une information sur l'IA :

- Les séances de PNP et les consultations prénatales permettraient de sensibiliser en amont de l'accouchement. En effet, les gestantes sont généralement très demandeuses de conseils et davantage à l'écoute de leur corps.
- Le séjour en suites de couches serait idéal pour informer les accouchées sur l'IA grâce aux trois jours d'hospitalisation minimum qui permettraient d'insister davantage sur son intérêt et d'y revenir plusieurs fois si besoin.
- La consultation post-natale ferait un dernier point sur ce sujet et favoriserait ainsi le dépistage et la prise en charge rapide de troubles de la continence.

A chacune de ces étapes, l'existence de multiples traitements doit être abordée pour bien ancrer l'intérêt du dépistage précoce.

De ce fait, il semble opportun de rappeler aux professionnels de santé l'intérêt de mettre en place des mesures préventives à la fois pendant et à distance de l'accouchement comme nous allons pouvoir le faire grâce à la plaquette d'informations réalisée.

Leur rôle n'est plus à démontrer dans l'information et la prise en charge de l'IA du post-partum qui doit cependant prendre désormais place pendant les périodes pré et post-natales.

Références bibliographiques

(1) GODEBERGE P., traité de proctologie, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007, p. 3-4-5

(2) PASTAUD L., prise en charge physique et psychologique des patientes avec un périnée complet ou complet compliqué, mémoire n°14, Limoges, 2012, p.6-7-8

(3) GAGNERAUD V. Le périnée, enseignement 2ème année de 1ère phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES, 2012-2013

(4) GODEBERGE P., traité de proctologie, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007, p.15-16

(5) BOURCIER A., HAAB F., MARES P., pelvi-périnéologie : du symptôme au traitement, Ed.sauramps medical, 2010, p.243

(6) BLANC B., SIPROUDHIS L., pelvi-périnéologie, Ed.springer, France, 2005, p.40-41

(7) ATIENZA P., conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999, p.98-99, consulté le 25/08/13 :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.asso.fr%2FD_TELE%2F99_097.PDF&ei=GXssUqG1AofIsgbh1IGABg&usg=AFQjCNGuBXqDKFHOKWxB4kPemUzoyccSw&sig2=vXu_185Qk1R_j5H4HPKCQg&bvm=bv.51773540,d.Yms

(8) VILLET R., prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Vers une nouvelle entité : la pelvi-périnéologie, 2003, p.55, consulté le 10/09/13, disponible sur :

http://www.google.fr/search?q=statique+pelvienne+grossesse+accouchement&hl=fr&gbv=2&nfpr=&spell=1&sa=X&as_q=&ei=FdIwUrLwB8mnhAfqjIHwBw&ved=0CB0QvwU

(9) ATIENZA P., conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999, p.100, consulté le 25/08/13 :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.asso.fr%2FD_TELE%2F99_097.PDF&ei=GXssUqG1AofIsgbh1IGABg&usg=AFQjCNGuBXqDKFH0OKWxB4kPemUzoyccSw&sig2=vXu_185Qk1R_j5H4HPKCQg&bvm=bv.51773540,d.Yms

(10) SENEJOUX A. « proctologie de la femme enceinte (post-partum exclus) 2011 p.213-215, consulté le 10/09/13, disponible sur :

<http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/proctologie-de-la-femme-enceinte-post-partum-exclu/>

(11) BOURCIER A., HAAB F., MARES P., pelvi-périnéologie : du symptôme au traitement, Ed.sauramps medical, 2010, p.56-57-58

(12) ATIENZA P., conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999, p.97, consulté le 25/08/13:

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.asso.fr%2FD_TELE%2F99_097.PDF&ei=GXssUqG1AofIsgbh1IGABg&usg=AFQjCNGuBXqDKFH0OKWxB4kPemUzoyccSw&sig2=vXu_185Qk1R_j5H4HPKCQg&bvm=bv.51773540,d.Yms

(13) SIPROUDHIS L., PANIS Y., BIGARD M-A., traité des maladies de l'anus et du rectum, Ed.masson, Paris, 2006, p.132-133

(14) Association d'Aide aux Personnes Incontinentes, Ouvrage collectif, octobre 2006, p.7, consulté le 04/09/13 :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEQQFjAD&url=http%3A%2F%2Fsoins.hugge.ch%2F_library%2Ftechniques_pdf%2FIncontinenceanale.pdf&ei=7HwsUtnuGOn50gXvpYHgAg&usg=AFQjCNGg9CjIsie1SmSBbVDu__tYDVn_4w&sig2=RYXYDltYDtXEDcmE1nIAdQ&bvm=bv.51773540,d.d2k

(15) ATIENZA P., conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999, p.101-102-103-104, consulté le 25/08/13 :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.asso.fr%2FD_TELE%2F99_097.PDF&ei=GXssUqG1AofIsgbh1IGABg&usg=AFQjCNGuBXqDKFHOKWxB4kPemUzoyccSw&sig2=vXu_185Qk1R_j5H4HPKCQg&bvm=bv.51773540,d.Yms

(16) BLANC B., SIPROUDHIS L., pelvi-périnéologie, Ed.springer, France, 2005, p.246-247-248

(17) SNOOKS et al. « Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. », 1984, consulté le 05/09 :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6147604>

(18) GAGNERAUD V., le diaphragme pelvien, chapitre : épisiotomie et périnéotomie, enseignement de 2ème année de 1ère phase. Ecole de sage-femme LIMOGES, 2012-2013

(19) Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Dépistage et prévention des troubles périnéosphinctériens, Université Médicale Virtuelle Francophone, p.10, consulté le 29/08/13 : <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/1.html>

(20) DEVULDER F., Incontinence fécale post-obstétricale. PROKTOS.COM, août 2003, consulté le 28/08/13 :

<http://www.proktos.com/node/47>

(21) GODEBERGE P., traité de proctologie, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007, p.168-169

(22) SIPROUDHIS L., PANIS Y., BIGARD M-A., traité des maladies de l'an us et du rectum, Ed.masson, Paris, 2006, p.135

(23) WATIER A., incontinence fécale : aspects psychologiques et qualité de vie, Acta Endoscopia, 2010, consulté le 03/09/13, disponible sur :

<http://www.urinaire.com/Incontinence%20fecale-qualitedevie.htm>

(24) PASTAUD L., prise en charge physique et psychologique des patientes avec un périnée complet ou complet compliqué, mémoire n°14, Limoges, 2012, p.19

(25) NINOUELBAUM S., BENAÏM J., L'incontinence anale neurogène du post-partum, p.2, consulté le 25/08/13 : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=856

(26) BLANC B., SIPROUDHIS L., pelvi-périnéologie, Ed.springer, France, 2005, p.169-170-171-172

(27) SIPROUDHIS L., PANIS Y., BIGARD M-A., traité des maladies de l'anus et du rectum, Ed.masson, Paris, 2006, p.138-139-140

(28) GODEBERGE P., traité de proctologie, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007, p. 173-174-175

(29) ATIENZA P., conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999, p.106-107, consulté le 25/08/13 :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.asso.fr%2FD_TELE%2F99_097.PDF&ei=GXssUqG1AofIsgbh1IGABg&usg=AFQjCNGuBXqDKFHOKWxB4kPemUzoyccSw&sig2=vXu_185Qk1R_j5H4HPKCQg&bvm=bv.51773540,d.Yms

(30) Texte inspiré d'une formation dispensée au CHU Pitié Salpêtrière – Paris, CESC – groupe mallette 2010: la prévention, 2010, consulté le 13/09/13, disponible sur : www.cesc91.ac-versailles.fr/IMG/.../115_definition_de_la_prevention.pdf

(31) LECUIVRE S., troubles périnéo-sphinctériens et rééducation périnéale, Prise en charge durant la grossesse et les suites de couches, mémoire de sage-femme, université de Nancy, 2010, p.30-31-72-73-74

(32) MARPEAU L., traité d'obstétrique, Ed.elsevier masson, Paris, 2010, p.75-76

(33) Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens, Université Médicale Virtuelle Francophone, p.12-13, consulté le 29/08/13 :

<http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/1.html>

(34) DORON R., PAROT F., théorie de l'information, dictionnaire de psychologie, Ed.puf, 2006

(35) DUPONT M., FOURCADE A., l'information médicale du patient règles et recommandations, Ed. LAMARRE, Paris, 2000, p.16

(36) DUPONT M., FOURCADE A., l'information médicale du patient règles et recommandations, Ed. LAMARRE, Paris, 2000, p.54

(37) DUPONT M., FOURCADE A., l'information médicale du patient règles et recommandations, Ed. LAMARRE, Paris, 2000, p.82

(38) MOLEY-MASSOL I., relation médecin-malade, enjeux, pièges et opportunités situation pratique, Ed. daTeBe, Paris, 2007, p.42-43-46-47

(39) CLEMENT E., la philosophie de A à Z, définition du mot tabou, Ed. hatier, Paris, avril 2000, p.439

(40) MANISE C., Incontinence, intimité et soins, La revue de référence infirmières SOINS, Ed.masson, n°658, Paris, 2001, p.52

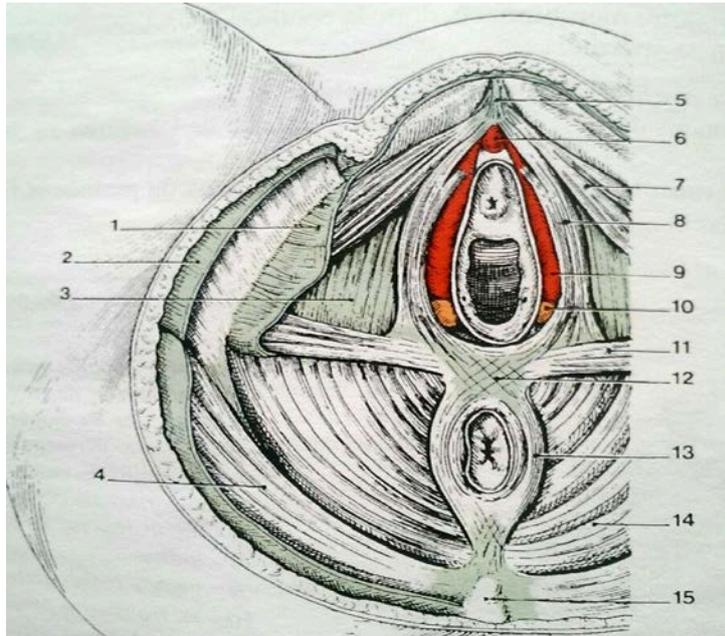
(41) CLAUTRIER A., L'incontinence anale en post-partum : « état des lieux des connaissances des professionnels de santé », 2013, p.77, 82, 89

Annexes

<u>Annexe 1</u> Les différents plans du périnée	42
<u>Annexe 1.1</u> Le plan superficiel	42
<u>Annexe 1.2</u> Le plan moyen	43
<u>Annexe 1.3</u> Le plan profond	44
<u>Annexe 2</u> Les muscles sphincters de l'anus	45
<u>Annexe 3</u> Questionnaire	46

ANNEXE 1: Les différents plans du périnée

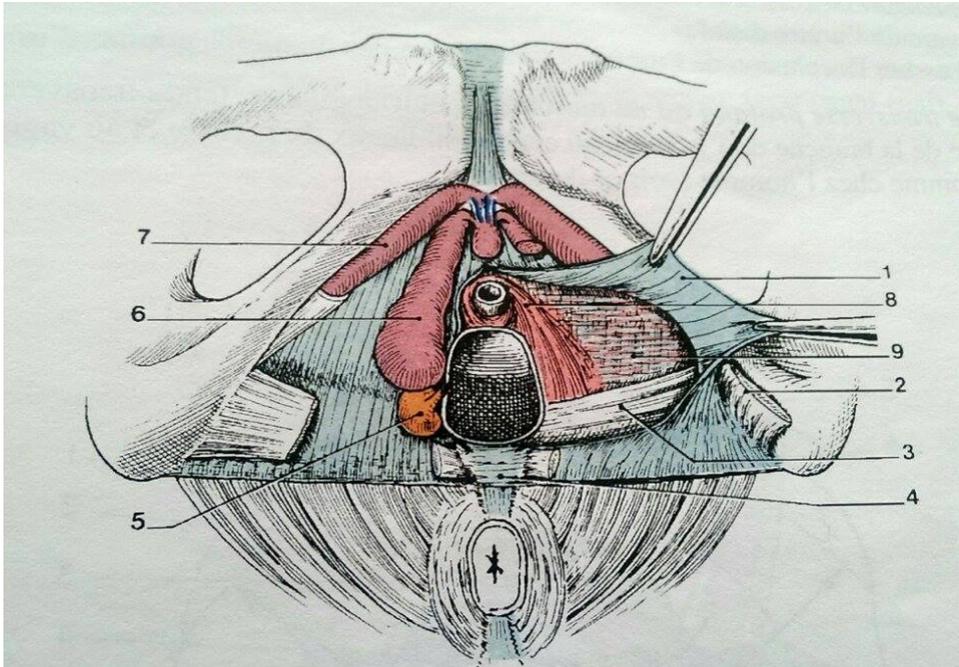
ANNEXE 1.1: Le plan superficiel



RITEAU A-S : Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Nantes : maîtrise en sciences biologiques et médicales. Université de médecine de Nantes. 2003-8

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1- fascia superficiel du périnée | 8- bulbe du vestibule |
| 2- fascia lata | 9- glande vestibulaire majeure |
| 3- fascia inférieur du diaphragme uro-génital | 10- m. transverse superficiel |
| 4- m. grand fessier | 11- centre tendineux du périnée |
| 5- lig. suspenseur du clitoris | 12- sphincter externe de l'anus |
| 6- clitoris m. ischio-caverneux | 13- m. élévateur de l'anus |
| 7- m. bulbo-spongieux | 14- coccyx |

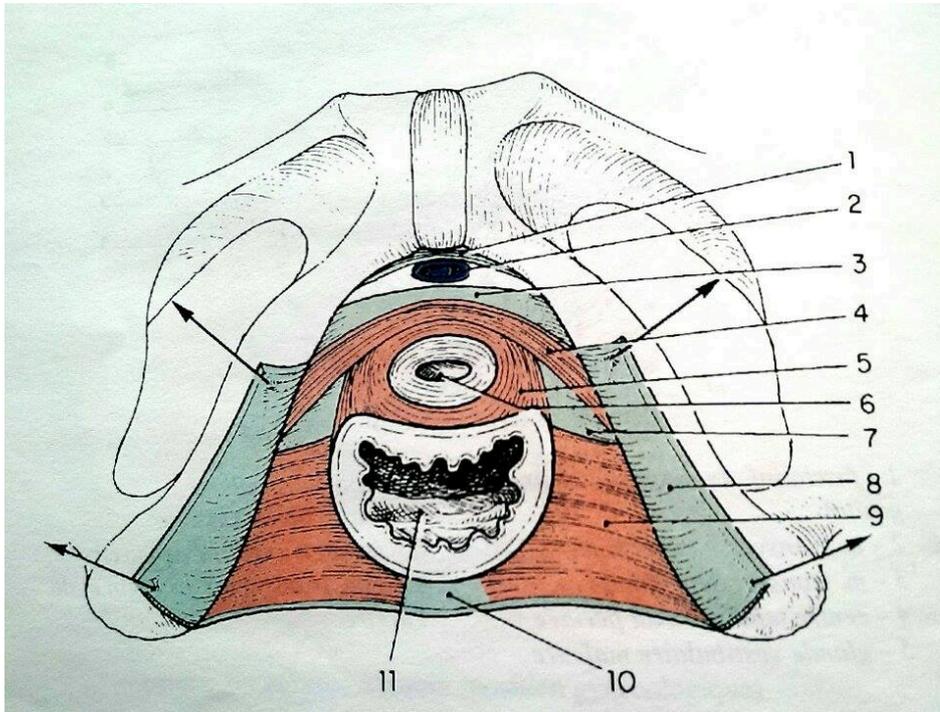
ANNEXE 1.2: Le plan moyen



RITEAU A-S : Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Nantes : maîtrise en sciences biologiques et médicales. Université de médecine de Nantes. 2003-12

- | | |
|---|---|
| 1- feuillet inférieur de l'aponévrose pé- | 6- bulbe vestibulaire |
| rinéale moyenne | |
| 2- m. transverse superficiel | 7- piliers du clitoris |
| | 8- sphincter externe de l'urètre |
| 3- m. transverse profond | 9- feuillet profond de l'aponévrose péri- |
| | néale moyen |
| 4- centre tendineux du périnée | |
| 5- glande vestibulaire majeure | |

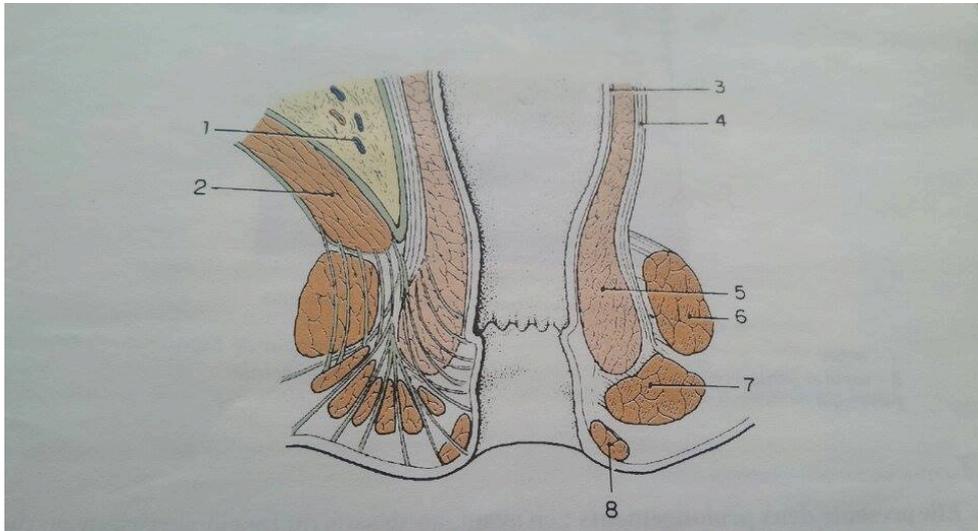
ANNEXE 1.3 : Le plan profond



RITEAU A-S : Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Nantes : maîtrise en sciences biologiques et médicales. Université de médecine de Nantes. 2003-16

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1- lig. arqué du pubis | 7- fascia sup. du diaphragme uro-génital |
| 2- v. dorsale profonde du clitoris | 8- fascia inf. du diaphragme uro-génital
incliné |
| 3- lig. transverse du périnée | 9- m. transverse profond |
| 4- m. compresseur de l'urètre | 10- centre tendineux du périnée |
| 5- m. uréthro-vaginal | 11- vagin |
| 6- urètre | |

ANNEXE 2 : Les muscles sphincters de l'anus



KAMINA P : Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine S. A. éditeur, Paris, 1974

- | | |
|---------------------------|--|
| 1- fosse para-rectale | 6- m. sphincter externe : partie profonde |
| 2- m. élévateur de l'anus | 7- m. sphincter externe : partie superficielle |
| 3- muqueuse | 8- m. sphincter externe : partie sous-cutané |
| 4- coupe longitudinale | |
| 5- m. sphincter interne | |

ANNEXE 3 : Questionnaire

• Au sujet de la dispense des informations concernant l'incontinence anale du post-partum

- Avez-vous eu des informations sur la pathologie de l'incontinence anale dans le post-partum pendant votre grossesse ou votre séjour à la maternité ? : OUI/NON

› Si informations reçues sur l'incontinence anale du post-partum :

- Quand vous les a-t-on données ? **Plusieurs réponses possibles**

pendant la grossesse / en salle de naissance / pendant les suites de couches

- Dans quel(s) contexte(s) ces informations vous ont-elles été dispensées ? **Plusieurs réponses possibles**

lors des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) / lors des consultations de suivi mensuelles de grossesse / en salle de naissance / à la maternité

- Qui vous les a données ? **Plusieurs réponses possibles**

les sages-femmes / les obstétriciens / le médecin traitant / les étudiants sages-femmes

- Comment vous les ont-ils données ? **Plusieurs réponses possibles**

Informations orales / informations écrites

- Comment avez-vous trouvées ces informations ? **Une seule réponse possible**

Très facilement compréhensibles / facilement compréhensibles / moyennement compréhensibles / difficilement compréhensibles

- Nombre de fois où l'information sur l'incontinence anale dans le post-partum vous a été donnée ? **Réponse à donner**

- Le professionnel qui vous a délivré les informations vous- a-t-il demandé si elles étaient compréhensibles ? OUI/NON

- Avez-vous été satisfaite de la relation thérapeutique avec les sages-femmes, les médecins ou les étudiants sages-femmes lors de la transmission des informations ? OUI/NON

- Trouvez-vous une amélioration concernant vos connaissances grâce aux informations reçues ? OUI/NON

- **Niveau de connaissances**

- L'accouchement est-il un facteur de risque de l'incontinence anale du post-partum ? OUI / NON

- A quel moment doit se faire la prise en charge de l'incontinence anale dans le post-partum ?
Une seule réponse possible

Le plus rapidement / entre 3 mois et 1 an / entre 1 an et 3 ans / à partir de 3 ans/ je ne sais pas

- Quel est le nombre de possibilités de traitement(s) de l'incontinence anale dans le post-partum ? **Une seule réponse possible**
un / deux / plus de deux / je ne sais pas

- Avez-vous été informée au sujet de l'étude ESCAPPE ?

› Si oui, répondez aux questions suivantes :

- Pour vous, quel est l'intérêt de l'étude ESCAPPE ? **Une seule réponse possible**

soigner une incontinence anale du post-partum / dépister les facteurs de risque d'une incontinence anale du post-partum / je ne sais pas

- Connaissez-vous la méthode utilisée pour l'étude ESCAPPE ? OUI / NON

- Si oui, quel(s) moyen(s) sont utilisés ? **Plusieurs réponses possibles**

une échographie endo-anale avant la grossesse / pendant la grossesse / après un accouchement sans facteur(s) de risque / après un accouchement si facteur(s) de risque / je ne sais pas

- **Évaluation de la gêne autour du sujet de l'incontinence anale**

- Est-ce pour vous un sujet dérangent ? OUI/NON

- L'échange avec votre interlocuteur est-il facilité s'il existe le sentiment d'être en confiance ? OUI/NON

- Si oui, quelle est votre opinion sur l'importance du sentiment de confiance envers son interlocuteur pour échanger au sujet de l'incontinence anale ? **Une seule réponse possible**

Primordial / important / peu important / je ne sais pas

- Que pensez-vous de l'impact de l'incontinence anale dans le post-partum sur la vie de tous les jours ? Plusieurs réponses possibles

honte / isolement social / handicap physique / handicap psychique / baisse de la libido / autres

INCONTINENCE ANALE DANS LE POST-PARTUM : INFORMATION ET PREVENTION AUPRES DES ACCOUCHEES PRIMIPARES SUIVIES A L'HME

L'incontinence anale (IA) du post-partum est une pathologie touchant 13% des patientes, entraînant une altération progressive de leur bien-être. L'existence d'un tabou rend la prévalence incertaine en raison d'une sous-déclaration des patientes.

Pour cette étude, un état des lieux des informations sur l'IA du post-partum que les accouchées primipares disent avoir reçu a été réalisé.

La majorité des patientes dit ne pas être informée sur l'existence de cette pathologie. Mais quand elles le sont, elles en sont satisfaites.

Ainsi, il semble important de sensibiliser les professionnels pour favoriser une meilleure prévention et la transmission d'une information de qualité aux patientes dans le pré et le post-partum.

Mots-clés: information, incontinence anale, post-partum, accouchées primipares, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, connaissances, prévention

