

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR DE MÉDECINE
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
NANTES

Diplôme d'État de Sage-femme

L'INCONTINENCE ANALE EN POST-PARTUM
PARLONS-EN

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

Mathilde GRATEAU

Née le 21 janvier 1991

Directeur de mémoire : Dr Patricia PETIT



Promotion : 2010-2015

Remerciements :

Dans un premier temps, j'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire :

- A Madame PETIT, Gastro-Entérologue et Proctologue libérale à Nantes, Directrice de mémoire.

- A Madame LE GUILLANTON, Sage-Femme de référence de ce projet.

- A Monsieur BRANGER, Médecin Épidémiologiste au Réseau Sécurité Naissance.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue pour ce projet et tout au long de mes études : ma famille, mes amis, Anthony.

J'adresse mes remerciements les plus respectueux aux femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

Enfin, merci maman pour ces week-ends passés à relire ce mémoire avec moi.

Glossaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IA : Incontinence Anale

IF : Incontinence Fécale

IU : Incontinence Urinaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

SA : Semaines d'Aménorrhées

VPN : Visite Post-Natale

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	2
1.1 Le Périnée	2
1.1.1 Définition.....	2
1.1.2 Le plan profond (ou diaphragme pelvien)	2
1.1.3 Le plan superficiel	4
1.1.4 L'appareil sphinctérien	4
1.1.5 Innervation.....	5
1.2 Physiologie de la continence.....	5
1.2.1 Le rectum.....	5
1.2.2 Canal anal et muscles sphinctériens de l'anüs.....	5
1.2.3 Physiopathologie de l'incontinence.....	6
1.3 L'incontinence anale.....	6
1.3.1 Définition.....	6
1.3.2 Epidémiologie.....	6
1.3.3 Les différents types d'incontinence.....	6
1.3.4 Principales causes d'incontinence anale.....	7
1.4 L'incontinence anale post-obstétricale	7
1.4.1 Pendant la grossesse	7
1.4.2 Au cours de l'accouchement.....	8
1.4.3 Après l'accouchement	8
1.4.4 Principales causes d'incontinence anale en post-partum.....	9
1.4.5 Facteurs de risque d'incontinence anale en post-partum.....	12
1.4.6 Prise en charge de l'incontinence anale en post-partum	14
2 MATERIEL ET METHODE	17
2.1 Objectifs de la recherche.....	17
2.2 Matériel.....	17
2.2.1 Type d'étude	17
2.2.2 La population.....	17
2.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	17
2.2.4 Particularités éthiques.....	18

2.3	Méthode	18
2.3.1	Outils de recherche et de recueil.....	18
2.3.2	Méthodes d'intervention.....	19
2.3.3	Méthodes de relance	20
2.3.4	Saisie et traitement des données	20
3	RESULTATS ET ANALYSE.....	21
3.1	Résultats du premier questionnaire.....	21
3.1.1	Recrutement.....	21
3.1.2	Description de la population recrutée	23
3.1.3	Comparaison des répondantes et non répondantes	24
3.2	Résultats du second questionnaire	24
3.2.1	Délai de réponse	24
3.2.2	Incidence et facteurs de risque de l'incontinence anale	25
3.2.3	Connaissance et information sur l'incontinence anale	28
3.2.4	Information quand et comment ?.....	32
3.2.5	Vécu des femmes atteintes	33
3.2.6	Rééducation et prise en charge de l'incontinence anale	35
4	DISCUSSION	37
4.1	Les forces de l'étude	37
4.2	Les limites de l'étude	37
4.2.1	Difficultés de la méthode.....	37
4.2.2	Difficultés liées au thème de l'étude	37
4.2.3	Autres limites.....	38
4.3	Rappel des principaux résultats	40
4.3.1	Incidence et facteurs de risque de l'incontinence anale	40
4.3.2	Connaissance et information des femmes	40
4.3.3	Souhait d'information sur l'incontinence anale.....	41
4.3.4	Vécu des femmes atteintes	41
4.3.5	Rééducation et prise en charge de l'incontinence anale	41
4.4	Rapport avec la littérature	42
4.4.1	Incidence de l'incontinence anale.....	42
4.4.2	Facteurs de risque de l'incontinence anale	42
4.4.3	Connaissances et informations sur l'incontinence anale	42

4.4.4	Rééducation périnéale.....	43
4.4.5	Vécu des femmes.....	44
4.5	Rôle de la sage-femme.....	45
4.5.1	Prévention.....	45
4.5.2	Prévention des lésions périnéales	46
4.5.3	Prise en charge.....	48
4.6	Propositions et pistes d'amélioration	48
4.6.1	La prévention par l'information	48
4.6.2	Outils de prévention	49
4.6.3	Formation initiale	49
	CONCLUSION	51
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Depuis 20 ans, les recherches sur le périnée postérieur ont montré que l'accouchement par voie basse peut entraîner des atteintes des muscles sphinctériens, comme des déchirures et des lésions nerveuses, responsables de troubles fonctionnels, de douleurs et de gênes. L'incontinence anale est une de ces complications. Les études sur le sujet ont permis de mieux connaître ses mécanismes, notamment pendant et après l'accouchement. Cependant, les conséquences à court, moyen et long terme sont encore difficiles à définir.

L'incontinence anale est un problème de santé publique. Elle altère bien souvent la qualité de vie sociale et familiale des patientes et il peut s'en suivre un sentiment de rejet vis à vis de cette pathologie inavouable. Ce tabou est responsable notamment de l'absence de verbalisation de ces femmes qui n'en parlent que si la question leur est posée clairement.

Les professionnels de santé peuvent également éprouver des réticences à aborder le sujet par manque de connaissance ou par sous-estimation du problème. Ils ont pourtant un rôle majeur à jouer dans l'information, le dépistage et la prise en charge de l'incontinence anale. En effet, la patiente enceinte n'a pas toujours connaissance de l'existence de ce problème.

Dès lors, l'incontinence anale en post-partum est-elle un sujet méconnu et/ou tabou pour les patientes ? Le sujet est-il suffisamment abordé par les professionnels de santé ?

Les objectifs principaux de cette étude sont d'une part, de comprendre dans quelle mesure le sujet de l'incontinence anale, lors de la grossesse et après l'accouchement, est abordé du point de vue des femmes par les professionnels de santé ; et d'autre part, de savoir si celles-ci sont demandeuses d'informations sur cette pathologie et dans ce cas, comment elles désirent être informées. Les objectifs secondaires de cette étude sont de connaître l'incidence de l'incontinence anale dans la population étudiée, les facteurs de risque de cette pathologie, ainsi que le vécu des femmes atteintes.

Dans un premier temps, une revue de la littérature nous a permis de poser le problème afin d'établir la méthodologie de notre étude de cohorte prospective. Dans un deuxième temps, nous exposerons les matériels et méthodes, puis la présentation et l'analyse des résultats. Enfin, nous discuterons des résultats obtenus au regard de la littérature, des limites de cette étude, et de ce qu'elle peut apporter dans la prévention et la prise en charge de l'incontinence anale.

1 REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1 Le Périnée

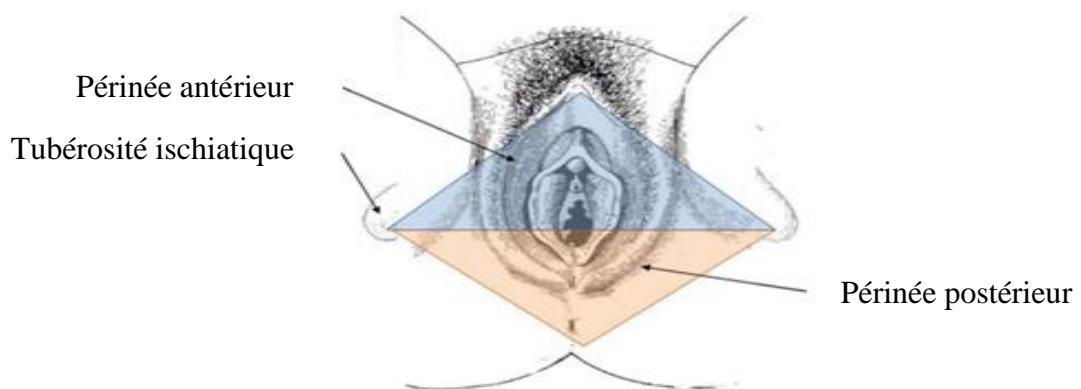
1.1.1 Définition

Le périnée ou plancher pelvien est l'ensemble des parties molles qui ferme l'excavation pelvienne dans sa partie basse. Il forme un hamac qui soutient le poids des viscères lorsque la femme est debout.

En position gynécologique, le périnée est de forme losangique. Ses sommets sont, en avant la symphyse pubienne, en arrière le coccyx, et latéralement les tubérosités ischiatiques.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux triangles le périnée antérieur ou région uro-génitale, le périnée postérieur ou périnée anal. Chacune de ces deux régions est située dans deux plans différents [1].

Figure 1 : Le périnée : femme en position gynécologique [1]

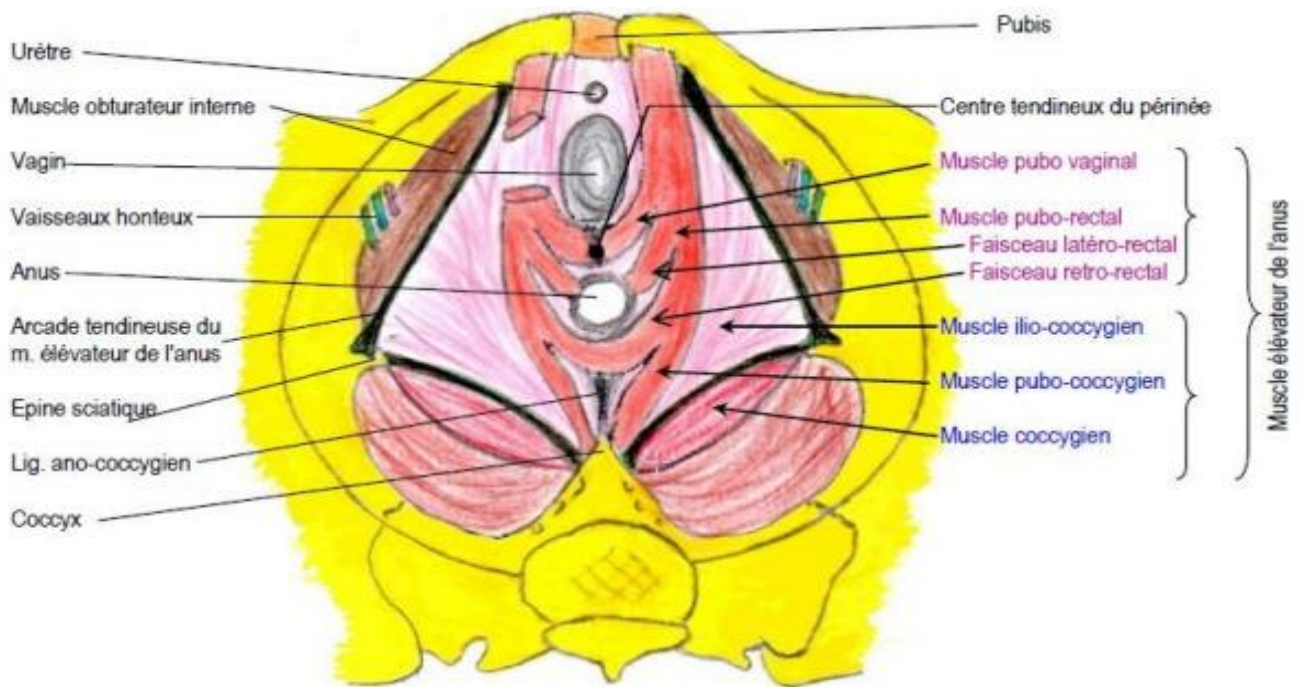


Nous nous intéresserons uniquement au périnée postérieur siège de la continence anale.

1.1.2 Le plan profond (ou diaphragme pelvien)

Le diaphragme pelvien sépare la cavité pelvienne du périnée. Sa forme globale en entonnoir permet facilement de comprendre son rôle dans le maintien des viscères. Il est formé du muscle élévateur de l'anus, le plus important, et des muscles coccygiens droit et gauche plus en arrière [1].

Figure 2 : Plan profond du muscle élévateur de l'anus en vue endo-pelvienne [1].



- Muscle élévateur de l'anus (Figure 2)

Le muscle élévateur de l'anus a un rôle dans le maintien des organes pelviens, dans la continence anale et la défécation.

C'est un muscle pair et symétrique qui naît sur la symphyse pubienne et se termine sur l'épine sciatique et le coccyx. Il est constitué de quatre lames musculaires organisées en deux parties, l'une interne et l'autre externe.

La partie interne, épaisse et solide, uniquement d'origine pubienne, se termine dans la paroi du canal anal et la région recto-vaginale, sans prolongement avec la paroi vaginale. Elle est constituée des muscles pubo-vaginal et pubo-rectal. Ce dernier est constitué de deux faisceaux. Le faisceau rétro-rectal qui en se contractant attire l'angle anal vers le haut (élevateur de l'anus), et applique la paroi postérieure du canal anal contre l'antérieure, renforçant la continence. Le faisceau latéro-rectal au contraire remonte et dilate la partie basse du canal anal et intervient dans la défécation.

La partie externe, plus mince et plus large, s'étend d'une ligne allant du pubis à l'épine ischiatique jusqu'au coccyx. On distingue deux muscles : pubo-coccygien, ilio-coccygien complétés par le muscle coccygien. Ils ont une fonction sphinctérienne. La contraction du faisceau ilio-coccygien s'oppose à la défécation. Lors de l'accouchement, il constitue un obstacle qui doit se distendre pour être franchi par la tête fœtale [1].

- Muscle coccygien (Figure 2)

Le muscle coccygien assiste modestement l'élèveur de l'anus.

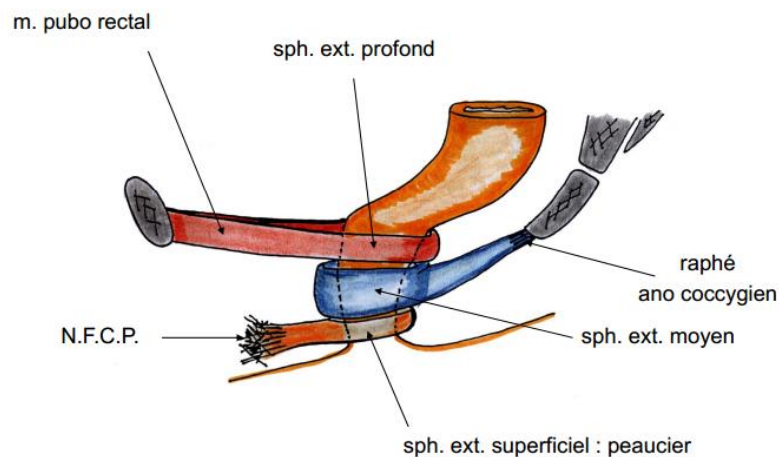
C'est un petit muscle triangulaire qui est tendu de la face médiane de l'épine ischiatique au bord du coccyx et des deux dernières vertèbres sacrées. C'est un muscle vestigial moteur de la queue. Aussi est-il habituel que ce muscle régresse avec l'âge pour être totalement remplacé par le ligament sacro-épineux [1] [2].

1.1.3 Le plan superficiel

Dans le plan superficiel du périnée postérieur, il existe un seul muscle, le sphincter externe de l'anus. Ce dernier est constitué de deux arcs qui se réunissent en avant et en arrière, formant un manchon musculaire qui entoure le canal anal. Il fait partie de l'appareil sphinctérien anal et est formé de trois sphincters.

Un sphincter externe profond indissociable des fibres du faisceau pubo-rectal du muscle élèveur de l'anus. Un sphincter externe moyen qui s'insère sur la pointe du coccyx par l'intermédiaire du ligament sacro-coccygien. Un sphincter externe superficiel sous-cutané situé au-dessous du précédent, il s'insère dans le noyau fibreux central du périnée. Il équivaut à un muscle peaucier [1].

Figure 3 : Sphincter externe de l'anus : vue sagittale [3]



1.1.4 L'appareil sphinctérien

Il est constitué de deux éléments :

Le sphincter externe (Figure 3) vu précédemment et le sphincter interne. Ce dernier est un muscle lisse qui prolonge vers le bas les fibres circulaires du rectum [3] [2]

1.1.5 Innervation

L'innervation sensitivo-motrice du périnée provient principalement du plexus pudendal issu des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} vertèbres sacrées [1]. Le muscle élévateur de l'anus est innervé essentiellement par un rameau du troisième nerf sacré et de quelques fibres issues de S3 et S4. Le nerf sacré issu de S4 donne un rameau vers le muscle coccygien [2].

L'innervation du sphincter externe de l'anus est assurée par un nerf collatéral du plexus pudendal alors que le sphincter interne est innervé par le centre parasympathique sacré [4].

1.2 Physiologie de la continence

Les phénomènes responsables de la continence anale sont complexes et interdépendants. Ils mettent en jeu l'appareil ano-rectal et reposent sur deux systèmes essentiels : résistif et capacitif [5].

1.2.1 Le rectum

Il fait partie du système capacitif. La plupart du temps, le rectum est vide. L'arrivée de matières fécales stimule les mécanorécepteurs sensibles à l'augmentation de pression. Ce système est responsable du besoin exonérateur. La paroi rectale possède des propriétés viscoélastiques permettant d'augmenter son volume en maintenant une pression basse. Cette compliance fait disparaître le besoin exonérateur et diffère l'évacuation des selles lorsque ceci est socialement possible [5] [4].

1.2.2 Canal anal et muscles sphinctériens de l'anus

Ils font partie du système résistif. Le sphincter interne est un muscle lisse, sa contraction est permanente et inconsciente. Il est responsable à 80 % de l'occlusion du canal anal. L'appareil sphinctérien externe assure 20 % de la pression d'occlusion restante grâce à un état de contraction tonique permanente. Le sphincter externe est capable de doubler la pression intracanalale pendant environ une minute afin d'assurer une continence d'urgence et permettre au rectum d'adapter sa compliance. Cette contraction survient également de façon réflexe lors des efforts physiques et lors des efforts de toux où la pression abdominale est majorée.

La contraction tonique permanente du muscle pubo-rectal est à l'origine d'une angulation ano-rectale d'environ 90°. Celle-ci joue un rôle de valve en permettant à la paroi antérieure du rectum de s'appuyer sur sa paroi postérieure [4] [5].

Enfin, la sensibilité anale joue également un rôle dans la continence anale, son altération est responsable d'une perte de la discrimination du contenu rectal (gaz, selles liquides ou solides), qui empêche le patient d'adapter son comportement aux contraintes sociales [4].

1.2.3 Physiopathologie de l'incontinence

La continence anale dépend donc de plusieurs facteurs : l'intégrité des sphincters interne, externe et leurs innervations ainsi que la sensibilité intra anale dans la perception du besoin exonérateur et la capacité de réservoir du rectum. Ces éléments musculaires et nerveux peuvent être lésés notamment lors de l'accouchement et entraîner une incontinence anale [5] [6].

1.3 L'incontinence anale

1.3.1 Définition

L'incontinence anale (IA) se définit comme l'émission involontaire de gaz accompagnée ou non de selles liquides et/ou solides.

L'incontinence fécale (IF) se définit comme l'émission involontaire de selles liquides et/ou solides sans émission de gaz ou de glaires [7].

C'est donc dans les deux cas une impossibilité à retarder volontairement l'évacuation du contenu intestinal à travers l'anus, jusqu'à ce que cela soit socialement possible [8].

1.3.2 Epidémiologie

Les données disponibles sont rares et disparates. Une étude française parue en 2006 montrait que 5,1 % de la population générale souffrait d'IA [9]. Sa prévalence augmente avec l'âge, allant de 1,5 % chez les enfants à 50 % chez les pensionnaires institutionnalisés [10]. Une méta-analyse a révélé que la différence de prévalence homme/femme n'est pas significative, malgré le fait que, pour d'autres auteurs, la proportion féminine soit supérieure [11].

L'accouchement par voie basse peut occasionner une IA dans 10 à 15 % des cas. Elle porte généralement sur les gaz et peut s'améliorer dans les mois qui suivent l'accouchement [12]. Cependant, sa prévalence est probablement sous-estimée car seulement 25 % des patientes souffrant d'IA après leur accouchement consultent [13].

1.3.3 Les différents types d'incontinence

On distingue deux types d'IA :

L'incontinence passive : le patient ne perçoit pas le besoin d'exonération. Ce type d'incontinence peut être rencontré en cas de lésions du sphincter interne, de prolapsus rectaux ou d'atteinte neurologique.

L'incontinence active : le patient perçoit le besoin d'exonérer, souvent de manière urgente. Elle peut être rencontrée en cas de rupture du sphincter externe ou d'atteinte du réservoir rectal : dans ce cas, ce sont des troubles de la compliance [8].

1.3.4 Principales causes d'incontinence anale

Les causes sphinctériennes sont les lésions des sphincters anaux. Elles sont généralement post-obstétricales, post-chirurgicales ou post-traumatiques. Plus rarement on retrouve une malformation ano-rectale congénitale.

Les causes rectales concernent des altérations ou des lésions de l'ampoule rectale qui peuvent être dues à une rectite inflammatoire ou une résection chirurgicale.

Les causes neurologiques peuvent être périphériques ou centrales : une cause périphérique peut-être une neuropathie provoquée par l'étirement du nerf pudendal après un accouchement. Les causes centrales regroupent les scléroses en plaques, les accidents vasculaires cérébraux, les démences, les tumeurs cérébrales ou bien les neuropathies diabétiques.

Les causes hormonales peuvent aggraver l'incontinence à la ménopause par diminution de la sécrétion d'œstrogènes.

Des troubles du transit (diarrhées chroniques, stase au niveau rectal) ou troubles de la statique pelvienne suite à un prolapsus extériorisé peuvent également être responsables d'IA [6] [8].

1.4 L'incontinence anale post-obstétricale

1.4.1 Pendant la grossesse

Il n'existe pas de modification notable de la fonction sphinctérienne anale au cours de la grossesse. La pression s'exerçant sur le périnée est augmentée mais, du fait de l'antéversion utérine, elle s'oriente vers le périnée antérieur et non le périnée postérieur. Les pressions de base et la contraction volontaire des sphincters anaux sont identiques [5]. Cependant, la grossesse pourrait avoir une influence sur la continence anale, avec une prévalence de l'IA chez la nullipare, qui passe de 1,9 % avant la grossesse à 10,3 % pendant. Le mécanisme de ces troubles ne semble pas neurologique et sont d'autant plus fréquents que l'âge de la femme augmente et qu'il existe une prise de poids excessive pendant la grossesse [14] [15].

1.4.2 Au cours de l'accouchement

Lors de l'expulsion, l'appareil sphinctérien anal subit des contraintes qui sont la source de déchirures. Il peut s'agir de lésions sphinctériennes évidentes, mais également d'altérations sphinctériennes sans rupture, ou encore de lésions sphinctériennes occultes qui seront mises en évidence secondairement si la patiente développe une IA [15].

Les lésions périnéales suivent la descente de la présentation dans l'excavation pelvienne.

Le périnée postérieur est le premier à se distendre : le front du fœtus bute sur le sacrum ce qui provoque une rétropulsion du coccyx. La distension du faisceau sphinctérien s'accompagne d'une contraction du muscle pubo-rectal à l'effort de poussée ; en se contractant, il soulève le noyau central du périnée, attire le canal anal vers le haut et dilate l'anus.

Dans un second temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur. Le faisceau pubo-rectal des releveurs est repoussé en bas et en avant par la présentation qui le distend. Le noyau fibreux central du périnée est aplati et la distance ano-vulvaire est augmentée. Les déchirures occasionnées toucheront donc dans l'ordre la muqueuse vaginale, le noyau fibreux central du périnée puis le sphincter anal externe, le sphincter anal interne et enfin la muqueuse ano-rectale [5].

Dans les variétés postérieures, lorsque le dégagement se fait en occipito-sacré, l'expulsion se termine par une flexion et c'est un diamètre occipito-frontal plus important qui se dégage, augmentant le risque de déchirure [15].

Nous n'avons pas trouvé d'études spécifiques mettant en relation l'IA et l'accouchement du siège. Cependant, nous savons que pour les présentations du siège, la problématique reste la même : les plus grands diamètres sont ceux de la tête fœtale.

1.4.3 Après l'accouchement

Après tout accouchement non compliqué de rupture sphinctérienne, on observe une altération fonctionnelle des sphincters avec une diminution significative des pressions basales et des pressions lors de la contraction volontaire. Celles-ci se normalisent spontanément trois mois après l'accouchement. Ces pressions ne sont pas modifiées après une césarienne programmée [5] [16]. Cette altération fonctionnelle est la conséquence d'un ensemble de légers traumatismes obstétricaux à l'origine de dilacérations des fibres conjonctives, musculaires et nerveuses du périnée ainsi que de la chute du taux hormonal [5].

L'étirement du nerf pudendal est attesté par l'observation d'un allongement significatif de la latence distale de ce nerf chez une accouchée par voie vaginale. Cette neuropathie ne semble pas exister après une césarienne programmée. Elle se corrige spontanément dans les deux mois qui suivent l'accouchement [5] [17].

1.4.4 Principales causes d'incontinence anale en post-partum

L'IA en post-partum a principalement deux origines : les ruptures des sphincters de l'anus et/ou les lésions du nerf pudendal qui commande le sphincter externe et la sangle pubo-rectale.

- Les lésions musculaires

Un grand nombre d'études a confirmé que les lésions du sphincter anal sont un risque majeur d'IA post-obstétricale. En effet, malgré une réparation périnéale immédiate, ces déchirures sont pourvoyeuses d'IA dans 17 à 47 % des cas [18]. Il s'agit dans deux tiers des cas d'une incontinence modérée aux gaz ou d'urgence à la défécation. Les ruptures sphinctériennes peuvent être diagnostiquées au décours immédiat de l'accouchement ou rester occultes et se révéler secondairement lors d'un bilan d'IA [5].

- Les ruptures sphinctériennes

Selon la classification anglo-saxonne utilisée dans ce mémoire, on distingue quatre degrés de déchirures (annexe 1).

Le premier degré est une déchirure cutanéomuqueuse isolée qui correspond au premier degré dans la classification française.

Le deuxième degré est une atteinte du noyau fibreux central qui correspond aussi au premier degré français. Une épisiotomie est l'équivalent d'une déchirure du deuxième degré (premier degré français).

Le troisième degré est une lésion du muscle sphincter externe de l'anus qui correspond au deuxième degré français, il est aussi appelé périnée complet non compliqué.

Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, classe les déchirures du troisième degré en trois catégories : moins de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe atteinte (III a), plus de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe atteinte (III b), déchirure complète du sphincter anal externe et du sphincter anal interne sans atteinte de la muqueuse rectale (III c) [19] [20].

Le quatrième degré est une lésion complète du sphincter anal externe et interne avec atteinte de la muqueuse anale qui correspond au troisième degré français, il est aussi appelé périnée complet compliqué. En effet, cette lésion peut compliquer la réparation immédiate par une infection ou la formation d'une fistule ano ou recto-vaginale [20].

Les ruptures sphinctériennes de l'anus compliquent l'expulsion dans 0,5 à 1 % des cas [5]. Le sphincter externe est plus souvent touché que le sphincter interne, il est alors lésé dans le quadrant antéro-droit dans 75 % des cas [21]. Le risque d'altération de la continence anale est fonction de l'importance de la déchirure et de l'atteinte combinée du sphincter externe et interne [22]. Dans la moitié des cas, l'incontinence s'améliore ou disparaît un mois après l'accouchement, sans traitement [7].

La réparation d'un périnée complet se fait généralement dès la salle de naissance par l'interne ou l'obstétricien de garde. Deux méthodes sont généralement utilisées : le paletot (suture des extrémités du sphincter externe avec chevauchement) ou le bout à bout (sans chevauchement des extrémités). Cependant, si 70 à 80 % des patientes retrouvent une continence satisfaisante après cette réparation, le bénéfice semble néanmoins transitoire, avec une détérioration sensible de la continence au fil du temps [23].

- Les déchirures occultes

En 1993, l'équipe du St Mark's Hospital, en réalisant une échographie endo-anale avant et après l'accouchement, a montré que les sphincters de l'anus pouvaient être rompus, même si l'obstétricien n'avait pas mis en évidence de déchirure du périnée [12] [16]. D'après une méta-analyse effectuée par OBERWALDER, 27 % des primipares présentaient des défauts échographiques après leur premier accouchement par voie basse et de nouvelles lésions ont été observées chez 8,5 % des multipares [24].

Les déchirures occultes symptomatiques en postpartum sont associées à un risque d'IA 10 ans après l'accouchement. En revanche, les déchirures asymptomatiques en postpartum immédiat ne sont pas associées à un sur-risque à distance de l'accouchement [22].

Enfin, SULTAN a remarqué que ces lésions occultes étaient pour certaines d'entre elles des lésions du 3^{ème} degré méconnues cliniquement. Ainsi, leur nombre doublait après un second examen par un praticien plus expérimenté [25].

- Les lésions neurologiques

Le nerf pudendal est sensitivo-moteur. Une lésion de ce nerf peut donc entraîner des troubles sensitifs, notamment une altération des réflexes de contraction anale à la toux, ou une diminution de la perception de sensations (pendant un rapport sexuel ou encore lors du passage d'urines ou de selles), et des troubles moteurs ; il a cependant une bonne capacité de récupération dans la mesure où les lésions neurologiques sont partielles [21].

SNOOKS et son équipe ont montré que l'accouchement, notamment lors des efforts de poussée, favorise la descente périnéale et entraîne l'étirement du nerf pudendal. En effet, les femmes ayant accouché par voie vaginale avaient un allongement du temps de latence de ce nerf significativement plus important que celles ayant accouché par césarienne ou qu'une population témoin n'ayant pas accouché. La latence motrice distale du nerf est augmentée chez la moitié des femmes accouchant par voie basse (35% des primipares, 50% des multipares). Ces lésions sont associées à une baisse de la contraction volontaire de l'anus [17] [21].

Six mois après l'accouchement, la latence terminale du nerf pudendal se normalise chez 2/3 des femmes qui ont une mesure allongée en postnatal immédiat. Après 50 ans, on ne retrouve pas de différence entre les accouchées par césarienne et les accouchées par voie vaginale pour le risque d'incontinence urinaire ou fécale [22].

Il y a donc une association entre les lésions neurologiques et les troubles de la continence anale. Cependant, une mesure pathologique de la latence distale motrice du nerf pudendal est à intégrer dans le contexte global et ne suffit pas comme seul élément prédictif.

- Autres mécanismes

Des auteurs ont récemment mis en évidence, grâce à l'utilisation d'une échographie 3D endo-vaginale et transpérinéale, un accroissement de 20 % du volume du canal anal et de son allongement de 3 mm, entre le début et la fin de la grossesse, qui revient à son état antérieur trois mois après l'accouchement. Ces changements auraient pour origine des modifications physiologiques de la muqueuse anale. Or, cet accroissement est moindre chez les femmes qui développent une IA en post-partum [26] [27].

1.4.5 Facteurs de risque d'incontinence anale en post-partum

- Les extractions instrumentales

Les extractions instrumentales font partie des principaux facteurs de risque de rupture sphinctérienne et de lésions du nerf pudendal. L'utilisation de forceps ou de ventouse multiplie le risque de déchirure sphinctérienne par 1,5 à 4,7. Dans la plupart des études, les déchirures du sphincter anal sont plus fréquentes après l'emploi de forceps que de ventouse. En effet, l'échographie endo-anale trouve 63 à 80 % de défauts occultes après l'utilisation de forceps alors que l'emploi de ventouse ne représente que 24 % de défauts échographiques [17] [21]. L'utilisation de forceps multiplie le risque d'IA par 4 à 7. Cependant, l'expérience de l'opérateur joue un rôle prépondérant puisque le taux de rupture sphinctérienne est moindre lorsque ces instruments sont utilisés par un obstétricien expérimenté [28] [26].

En ce qui concerne l'utilisation des spatules de Thierry, une étude faite en 2007 montre qu'elles ne sont pas un facteur de risque indépendant d'IA mais sont significativement liées à une augmentation des épisiotomies et des déchirures graves du périnée [29].

- Les épisiotomies médianes et médio-latérales

Les épisiotomies médianes employées par les anglo-saxons multiplient de 3 à 8 le risque de déchirure sphinctérienne [5]. Dans son étude SIGNORELLO a montré que cette pratique augmente de 5,5 fois le risque d'IA. En effet, la prévalence de l'IA était 3 fois moindre après une déchirure périnéale qu'après une épisiotomie médiane [30]. Elles sont donc déconseillées [19].

Les épisiotomies médio-latérales, plus fréquemment pratiquées en France, semblent avoir un effet protecteur sur les déchirures du sphincter anal [31]. Dans l'étude de COOMBS, on retrouve cet effet chez la primipare avec un risque de périnée complet divisé par 2,7 et un risque divisé par 4 chez la multipare [32]. Le rôle bénéfique de l'épisiotomie médio-latérale pourrait être attribué non seulement à la diminution de l'étirement du périnée protégeant l'innervation, mais aussi à la protection même partielle du sphincter externe. Cependant, il a été prouvé que l'épisiotomie médio-latérale ne suffit pas à prévenir les ruptures obstétricales des sphincters anaux. La pratique d'une épisiotomie systématique n'est donc pas recommandée [19].

- Primiparité et multiparité

Le premier et le second accouchement apparaissent comme les plus à risque de développer une IA en post-partum [16] [21] [33]. En effet, ces accouchements sont plus traumatisants pour le sphincter anal externe [18] [31] et le nerf pudendal par rapport aux accouchements suivants [17]. Cependant, même si les signes d'IA s'améliorent en post-partum, les lésions cumulatives du sphincter anal et du nerf pudendal peuvent provoquer, chez les multipares, des dommages parfois irréversibles responsables d'IA persistante [34]. Ainsi, le risque d'IA est multiplié par 8,7 pour le second accouchement lorsqu'il y a eu une rupture du sphincter externe au premier [35].

- Le poids de naissance

Un poids de naissance supérieur à 4000 grammes est un facteur de risque de lésion du nerf pudendal [36] et augmente significativement le risque de déchirure du sphincter anal et d'IA [37] [38].

- Durée de la seconde phase du travail

Une deuxième phase supérieure à 2 heures ou une durée d'expulsion supérieure à une heure est un facteur de risque associé à la survenue d'une lésion périnéale de degré trois ou quatre [39]. Le taux de neuropathies est également augmenté lorsque la durée de la deuxième phase du travail est prolongée et si la durée d'expulsion est supérieure à 30 min [36]. L'étude prospective de ZETTERSTROM montre qu'une seconde phase du travail supérieure à une heure majore de 2,2 le risque d'IA à cinq mois du post-partum [38]. L'étude prospective de CHALIDA conclut que la seconde phase du travail est un facteur de risque d'IA à 3 mois de post-partum mais précise que ce risque est plus important lors de la phase active [35] [40].

- Age et indice de masse corporelle

Mac Arthur a montré qu'un âge maternel supérieur à 30 ans ou un IMC supérieur à 25 kg/m² constitue un risque accru de lésions sphinctériennes et d'IA 3 mois après l'accouchement [13].

- Antécédent d'IA

Il a été démontré qu'une IA transitoire dans le post-partum était un facteur prédictif de récurrence pour l'accouchement suivant [12] [33].

- Incontinences combinées

L'IA et l'IU post-obstétricales peuvent être associées. En effet, l'IA est retrouvée chez 27 % des patientes souffrant d'IU [35].

1.4.6 Prise en charge de l'incontinence anale en post-partum

Le sujet de l'IA est abordé avec la patiente au moment de la visite post-natale (VPN), au même titre que les autres troubles périnéaux, afin de prescrire une rééducation périnéale adaptée [41]. Ces séances de rééducation peuvent améliorer ou faire disparaître les symptômes d'IA en post-partum. Une prise en charge spécifique est néanmoins nécessaire si les symptômes d'IA persistent au-delà de 6 mois [26] [42].

Le bilan de première ligne est clinique. L'interrogatoire caractérise l'atteinte et recherche les antécédents. La sévérité de l'IA et son retentissement peuvent être rapidement évalués à l'aide de scores comme celui de Jorge et Wexner (annexe 3). L'examen clinique comprend l'inspection de la marge anale (disparition des plis radiés de l'anوس, béance anale, cicatrice du périnée...), le toucher rectal (évaluation du tonus et de la contraction volontaire, recherche d'une rectocèle...), l'anuscopie (pathologie canalaire associée) et la rectoscopie (lésions rectales, stase fécale et type de selles...), sans oublier l'examen du périnée moyen (colpocèle...) et antérieur (fuites d'urines, cystocèle...) [26].

La prise en charge thérapeutique est le plus souvent progressive, le recours à la chirurgie étant, dans la majorité des cas, limité aux échecs de traitements médicaux [43]. Il est important d'informer d'emblée les patientes que le projet thérapeutique peut s'inscrire dans la durée et que l'absence de réponse satisfaisante à une thérapeutique initiale ne signifie pas l'échec de la prise en charge.

Le traitement de première ligne associe une rééducation périnéale spécifique de l'anوس à des mesures diététiques et des prescriptions médicamenteuses permettant une régulation du transit [44]. Il semble qu'il faille privilégier les techniques de biofeedback plutôt que l'électrostimulation. En effet, une étude randomisée multicentrique a récemment démontré son efficacité [45]. La motivation des patientes et une bonne compréhension des exercices sont indispensables au succès de la technique de biofeedback qui exige, par ailleurs, une implication et une formation spécialisée du thérapeute. L'efficacité à long terme peut-être renforcée par des séances de "rappel" après la fin de la rééducation, ainsi que par la réalisation régulière d'exercices enseignés (auto-rééducation) [42]. Dans la très grande majorité des cas, cette première ligne suffit.

En cas de persistance de symptômes invalidants, des examens complémentaires peuvent être pratiqués pour orienter la suite de la prise en charge [26]. Ceux-ci se limitent le plus souvent à la manométrie ano-rectale et/ou à l'échographie endo-anale.

La manométrie ano-rectale permet de quantifier le tonus anal de repos, la qualité de la contraction anale volontaire et donne des informations sur la fonction du réservoir rectal. Les résultats de cet examen doivent servir de base pour orienter la rééducation ano-rectale. Il a également un intérêt pronostic avant une chirurgie [6].

L'échographie endo-anale permet de mettre en évidence une lésion des sphincters interne et externe avec une sensibilité de 95 à 100 % et une spécificité de 83 à 100 %. On pourra alors effectuer une réparation chirurgicale de ces sphincters [23].

Les autres techniques d'exploration comme l'imagerie du périnée (colpo-cysto-défécographie ou IRM dynamique) et la coloscopie sont exceptionnelles dans la prise en charge post-obstétricale.

La discussion d'un traitement de seconde ligne s'effectue après concertation multidisciplinaire de périnéologie. Le choix se fait souvent entre une sphincteroplastie et une neuromodulation des racines sacrées [26].

La neuromodulation est une bonne alternative à la chirurgie. Elle repose sur la stimulation, par des impulsions électriques de faible intensité des nerfs sacrés qui assurent le contrôle des systèmes urinaire et fécal ainsi que des muscles du plancher pelvien [46]. Cette technique a été évaluée chez 8 patientes souffrant d'IA en post-partum avec une rupture sphinctérienne, qui devaient être opérées. 6 ont eu une amélioration avec une diminution du nombre de pertes fécales passant de 5,5 à 1,5 après un suivi médian de 26,5 mois [47].

La sphincteroplastie consiste à rétablir la continuité du sphincter anal. Comme indiqué précédemment, la réparation donne de bons résultats à court et moyen termes mais qui s'altèrent très nettement avec le temps [48].

Les techniques chirurgicales suivantes sont très peu utilisées en post-partum.

Lorsque l'appareil sphinctérien est trop altéré pour être réparé, des solutions de remplacement peuvent être envisagées. La graciloplastie dynamisée consiste en la transposition du muscle gracile de la cuisse autour de l'anus puis la stimulation de celui-ci pour en faire un muscle lisse avec un tonus permanent.

La deuxième technique de remplacement sphinctérien est la mise en péri-anal d'un sphincter artificiel. Ces deux techniques sont des gestes relativement lourds avec une morbidité importante.

Un renforcement du tonus de base du sphincter interne, notamment dans les incontinences au gaz et les incontinences nocturnes, peut être effectué par l'application de radiofréquence ou l'injection de gel.

Lorsque les moyens de remplacement ou de renforcement sphinctérien sont un échec ou non indiqués, il reste l'intervention de Malone. L'objectif de ce procédé est la création d'un conduit permettant la réalisation de lavements coliques antérogrades. Cette solution est bien adaptée aux incontinences passives et aux incontinences actives n'ayant pas pu être corrigées par les autres procédés thérapeutiques.

En cas de prolapsus extériorisé du rectum associé à une IA, le traitement chirurgical est recommandé d'emblée. Ce prolapsus est heureusement rare après un accouchement et se voit surtout chez les patientes âgées. La rectopexie, si elle est réalisable, sera le traitement le plus efficace pour ce type d'IA.

Enfin, le recours à une colostomie constitue la solution ultime qui doit rester l'exception [43] [49].

Cette revue de la littérature nous a permis de mettre en évidence les problématiques liées à l'IA et de nous appuyer sur celles-ci pour effectuer notre étude.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectifs de la recherche

Les objectifs principaux de cette étude sont d'une part, de comprendre dans quelle mesure le sujet de l'incontinence anale, lors de la grossesse et après l'accouchement, est abordé du point de vue des femmes par les professionnels de santé ; et d'autre part, de savoir si celles-ci sont demandeuses d'informations sur cette pathologie et dans ce cas, comment elles désirent être informées. Les objectifs secondaires de cette étude sont de connaître l'incidence de l'incontinence anale dans la population étudiée, les facteurs de risque de cette pathologie, ainsi que le vécu des femmes atteintes.

2.2 Matériel

2.2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude de cohorte prospective descriptive.

2.2.2 La population

La population cible est représentée par les femmes ayant accouché au CHU de Nantes. L'échantillon inclut les femmes qui ont accepté de participer à l'étude et de répondre au premier questionnaire (annexe 5) lors de la phase de recrutement entre le 30 janvier et le 31 mars 2014, ainsi que celles qui ont répondu au second questionnaire (annexe 7) entre le 27 mars et le 17 juin 2014.

2.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

- Critères d'inclusion :

Les patientes ayant accouché d'un singleton à un terme supérieur ou égal à 36 SA et hospitalisées dans le service de suites de couches du CHU de NANTES.

- Critères d'exclusion :

Les femmes ne parlant pas ou peu le français,

Les femmes ne comprenant pas ou peu le français écrit ou oral,

Les femmes étant hospitalisées en unité kangourou,

Les femmes ne possédant ni adresse mail ni numéro de téléphone.

2.2.4 Particularités éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles de l'éthique. Le consentement de chaque patiente a été recueilli par écrit avant de remplir le questionnaire.

Avant la distribution du questionnaire, des autorisations ont été obtenues par oral auprès de Madame PETIT Patricia, Directrice de mémoire et de Madame LE GUILLANTON Nathalie, Sage-Femme référente de ce mémoire.

Puis, nous avons rencontré les sages-femmes cadres du service de suites de couches, Madame FERNANDES Joëlle et Madame SIONNEAU Laëtitia, pour expliquer le déroulement de l'étude. Leur consentement oral a été recueilli.

2.3 Méthode

2.3.1 Outils de recherche et de recueil

La méthode pour mener à bien notre étude a reposé sur deux questionnaires (annexes 5 et 7).

Le premier a pour but le recueil des données épidémiologiques générales sur la population de patientes ainsi que les éventuels facteurs de risques qu'elles présentent.

Le deuxième est constitué de six parties :

La première intitulée « généralités » nous permet de faire le lien entre les deux questionnaires à partir du nom, du prénom et de la date de naissance des patientes.

La deuxième partie, permet de savoir si les patientes ont eu connaissance du problème de l'IA en post-partum en dehors du contexte de leur grossesse ou de leur accouchement.

La troisième partie concerne uniquement les patientes multipares et permet de savoir si elles ont eu un antécédent d'IA ou d'IF en post-partum et son éventuelle prise en charge. Nous demandons également si elles ont fait une rééducation périnéale après leur(s) accouchement(s).

La quatrième partie inclut les primipares et les multipares. Elle concerne la grossesse qui vient de se dérouler. Cette partie permet de savoir si une information a été donnée sur l'IA durant les consultations prénatales, et les cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

La cinquième partie intitulée « de l'accouchement à aujourd'hui » concerne leur dernier accouchement et permet de savoir si le sujet de l'IA a été abordé durant leur séjour à la maternité. Il questionne également sur les troubles du transit qui sont des facteurs favorisant l'IA. Nous demandons ensuite si elles ont développé une IA après cet accouchement, le type d'incontinence, le délai d'apparition des signes et si cette pathologie les a affectées ; si elles en

ont parlé, si oui à qui, et si non pourquoi ? Et enfin, si lors de la VPN le sujet de l'IA a été abordé, par qui et qui en a parlé en premier (patiente ou professionnel de santé).

Nous posons ensuite les mêmes questions pour le sujet de l'incontinence urinaire pour comparer les deux thèmes.

Nous terminons par des questions sur la rééducation périnéale afin de savoir notamment si notre sujet a été abordé.

Pour conclure, la dernière partie cherche à connaître la représentation qu'ont les femmes de cette maladie, si elles sont demandeuses d'informations sur le sujet et dans l'affirmative, quand et comment aimeraient-elles être informées ?

Les patientes ont été informées que ces deux questionnaires ne sont pas anonymes, cela pour nous permettre de les recontacter et de réunir les réponses. Les résultats de l'analyse sont quant à eux anonymes. Un feuillet (annexe 4) expliquant les points précédents a été laissé aux patientes lors du recrutement.

2.3.2 Méthodes d'intervention

L'étude a été faite en deux parties, avec deux méthodes distinctes.

Tout d'abord, nous avons recruté les patientes dans le service de suites de couches du CHU de NANTES sur une période de deux mois, allant du 30 janvier au 31 mars 2014. Nous leur avons expliqué oralement le but et les modalités de cette étude. Une fois leur consentement recueilli, nous avons complété le premier questionnaire (annexe 5) avec elles.

Dans un second temps, nous avons repris contact avec les participantes 8 à 10 semaines après leur accouchement, à partir de leur adresse mail ou de leur numéro de téléphone pris lors du premier contact à la maternité. Ce délai a été nécessaire afin d'avoir suffisamment de recul sur les premiers signes d'IA ou IF, mais aussi pour qu'elles puissent répondre aux questions concernant la VPN et le début de la rééducation périnéale. Au début de ce second questionnaire, une définition de l'IA, ses signes et sa fréquence ont été donnés pour qu'elles puissent le compléter. Ce questionnaire a été créé sur Google doc® (annexe 7).

Pour les patientes contactées par mail (annexe 6) nous avons inclus un rappel du thème et du but de l'étude, ainsi qu'un lien direct vers le questionnaire. Pour les patientes contactées par téléphone, les réponses orales ont été reportées sur le questionnaire en ligne. Ainsi, les deux modes de réponse ont été recueillis et enregistrés automatiquement dans le même tableur Microsoft Office Excel® généré par Google Doc®.

2.3.3 Méthodes de relance

Les patientes n'ayant pas répondu au questionnaire adressé par mail ont été relancées après une semaine avec un nouveau mail (annexe 8), accompagné d'un sms dans lequel il a été demandé la confirmation de leur adresse mail (annexe 9). Sans réponse, une dernière relance par mail a été faite la semaine suivante. Pour les patientes qui avaient une adresse mail invalide, un sms leur a été envoyé afin d'obtenir l'adresse exacte (annexe 10).

Les patientes contactées par téléphone ont été appelées au moment de la journée qu'elles nous avaient indiqué lors du recrutement. Après un appel sans réponse, un message a été laissé expliquant son but et les invitant à nous donner leurs disponibilités. Sans message de leur part, elles ont été recontactées une fois dans la semaine et une autre fois la semaine suivante, selon nos disponibilités.

2.3.4 Saisie et traitement des données

Pour le premier questionnaire, le recueil des données s'est effectué à partir du logiciel EpiData 3.1 ®, l'analyse des données s'est faite sur le logiciel EpiData Analysis®.

Pour la deuxième partie de l'étude, le recueil s'est fait à partir du logiciel Microsoft Office Excel 2013 ®, l'analyse des données s'est faite sur EpiData Analysis® après fusion des réponses aux deux questionnaires sur ce même logiciel. Les pourcentages ont été comparés avec le test du Chi² (χ^2) et les moyennes avec le test de Student.

Le seuil de significativité est de $p < 0,05$. Les résultats qui apparaissent en rouge correspondent à des résultats jugés significatifs.

3 RESULTATS ET ANALYSE

3.1 Résultats du premier questionnaire

3.1.1 Recrutement

400 femmes ont été recrutées lors de la première phase de l'étude. Avant de recontacter celles-ci, nous avons décidé d'exclure trois d'entre elles, car leur terme inférieur à 36 SA est un critère d'exclusion. Ces patientes ont formé trois groupes distincts :

Le premier est le groupe « Mail », avec un total de 9 patientes qui ont donné leur adresse mail mais pas leur numéro de téléphone.

Le deuxième groupe « Mail+Tél » comprend 352 patientes qui ont donné leur adresse mail et leur numéro de téléphone.

Le troisième groupe « Tél » comporte 36 patientes qui ont donné leur numéro de téléphone mais pas leur adresse mail.

Pour le groupe « Mail+Tél », seule une patiente a préféré être contactée par téléphone.

360 patientes ont reçu le questionnaire par mail (351 du groupe « Mail+Tél » et 9 du groupe « Mail »),

Et 37 patientes ont été contactées par téléphone (36 du groupe « Tél » et 1 du groupe « Mail+Tél »).

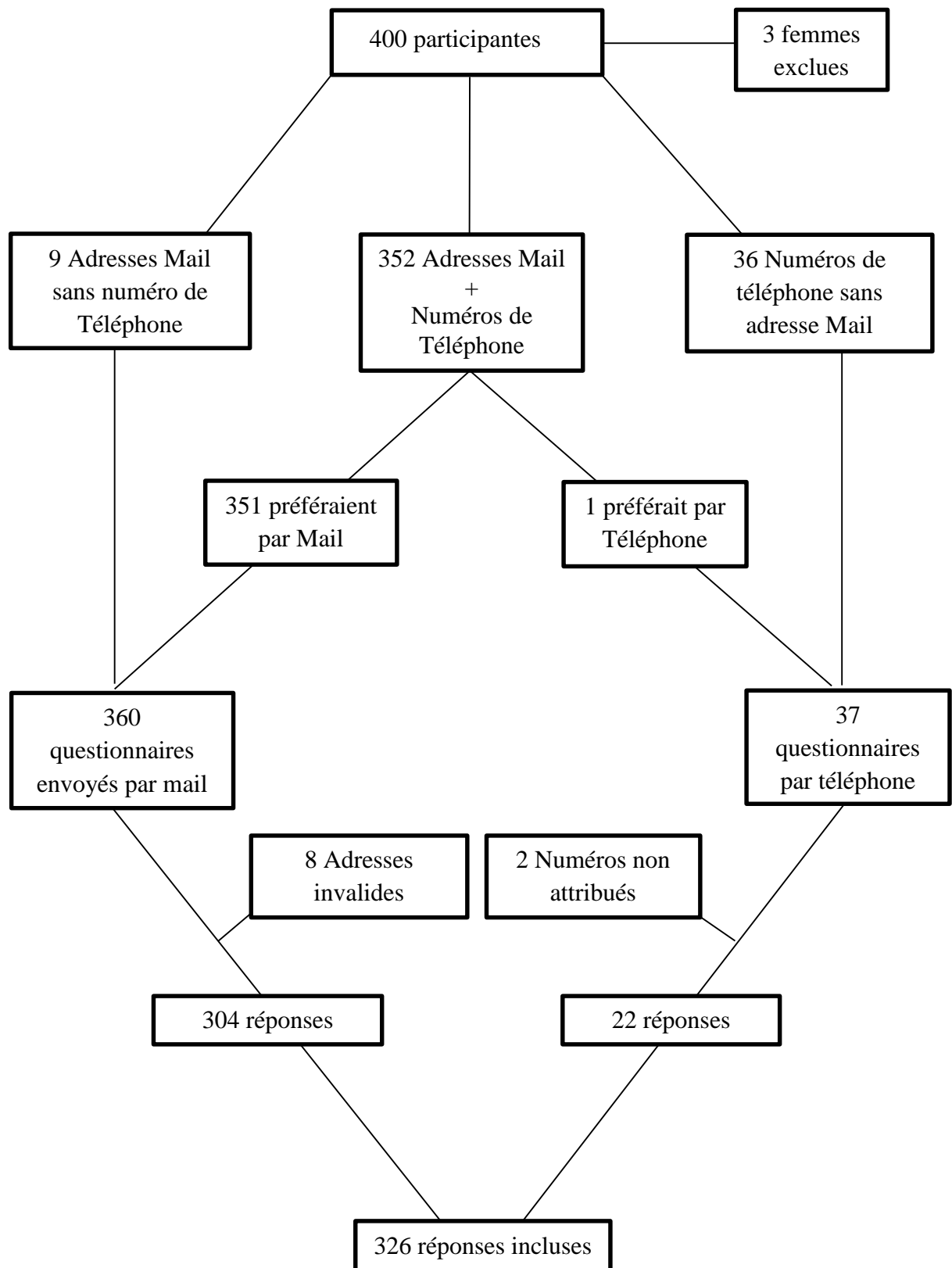
Sur les 360 mails qui ont été envoyés : 8 adresses étaient invalides, nous avons reçu 304 réponses, soit un taux de participation de 84,4 %,

Sur les 37 numéros qui ont été appelés : 2 étaient non attribués, nous avons obtenu 22 réponses, soit un taux de participation de 59,5 %.

Au total sur les 397 patientes recontactées 326 ont répondu au second questionnaire, soit un taux de réponses de 82,1 %.

La figure 1 représente le processus décrit ci-dessus.

Figure 1 : Flow chart



3.1.2 Description de la population recrutée

Tableau I : Description de la population recrutée (n=397)

Variables	Effectif n	Données
Age mère (ans)	397	30,7 ± 5,2
IMC (Kg/m ²)	397	23,2 ± 4,6
Terme de naissance (SA)	397	39,8 ± 1,2
Parité (%)		
Primipare	182	45,8
2 ^{ème} pare	148	37,3
3 ^{ème} pare	51	12,9
4 ^{ème} pare	12	3
5 ^{ème} pare	4	1
Présentation (%)		
Céphalique	384	96,7
Siège	13	3,3
Mode d'accouchement (%)		
Voie Basse	336	84,6
Césarienne en Urgence ¹	43	10,8
Césarienne Programmée	18	4,6
Durée des efforts expulsifs (min)	332	14,8 ± 11,5
Périnée (n=336) (%)		
Intact	112	33,3
Déchirure	136	40,5
Episiotomie	74	22,0
Déchirure + Episiotomie	14	4,2
Degré de Déchirure (n=224) ² (%)		
1 ^{er}	126	56,2
2 ^{ème} ³	92	41,1
3 ^{ème}	6	2,7
4 ^{ème}	0	
Instruments (n=46) (%)		
Forceps	12	26,1
Ventouse	22	47,8
Spatules	11	23,9
Deux instruments	1	2,2
Poids de naissance (g)	397	3313 ± 456
Taille de l'enfant (cm)	384	49,0 ± 2,0
Périmètre céphalique de l'enfant (cm)	380	34,2 ± 1,6

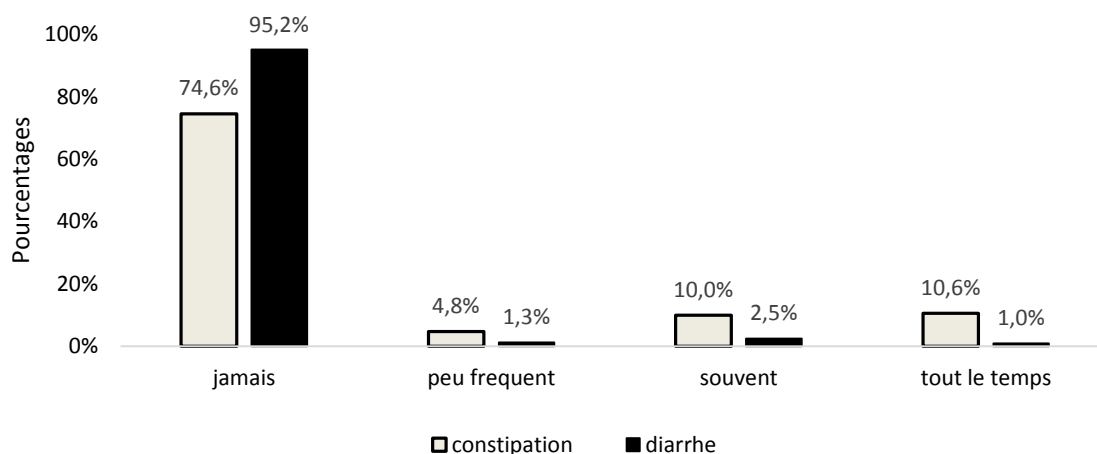
Lors du recrutement, nous avons également étudié les facteurs qui peuvent favoriser la survenue d'IA et qui ne sont pas directement liés à l'accouchement. La figure 2 décrit en pourcentages la fréquence des problèmes de constipation et de diarrhée des 397 femmes de l'étude.

¹ Sur les 43 femmes qui ont eu une césarienne en urgence, 3 ont eu une instrumentation (7 %).

² Classification Anglo-saxonne.

³ Nous avons inclus par défaut les épisiotomies simples dans les déchirures du 2^{ème} degré.

Figure 2 : constipation et diarrhée avant la grossesse chez les femmes recrutées



Sur les 397 femmes, 1 a subi une opération de l'anus (0,3 %), il s'agissait d'une ablation des hémorroïdes, et 4 ont un diabète chronique (1 %).

3.1.3 Comparaison des répondantes et non répondantes

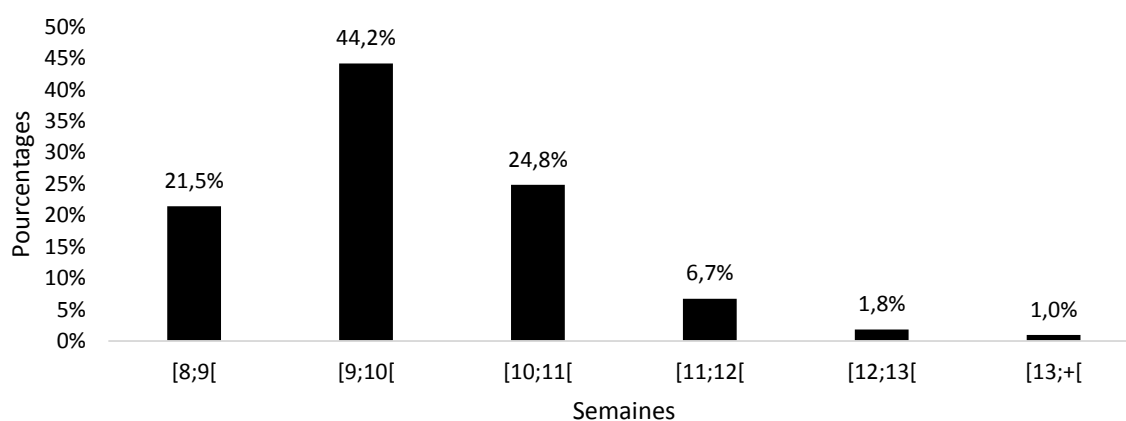
Il existe des différences significatives entre les deux populations. Les répondantes sont en moyenne 3 ans plus âgées que les non répondantes ($p < 10^{-5}$), et ont environ 20 % de périnée intact en moins ($p < 0,004$) (Tableau II, annexe 11).

3.2 Résultats du second questionnaire

3.2.1 Délai de réponse

326 femmes ont répondu au second questionnaire. Le délai moyen de réponse est de $9,7 \pm 1,0$ semaines. Le délai minimum est de 8,1 semaines et le délai maximum est de 15,9 semaines. 44,2 % des femmes ont un délai de réponse compris entre 9 et 10 semaines. La répartition par intervalle de temps est représentée dans la figure 3.

Figure 3 : Délai de réponse des femmes (n=326)



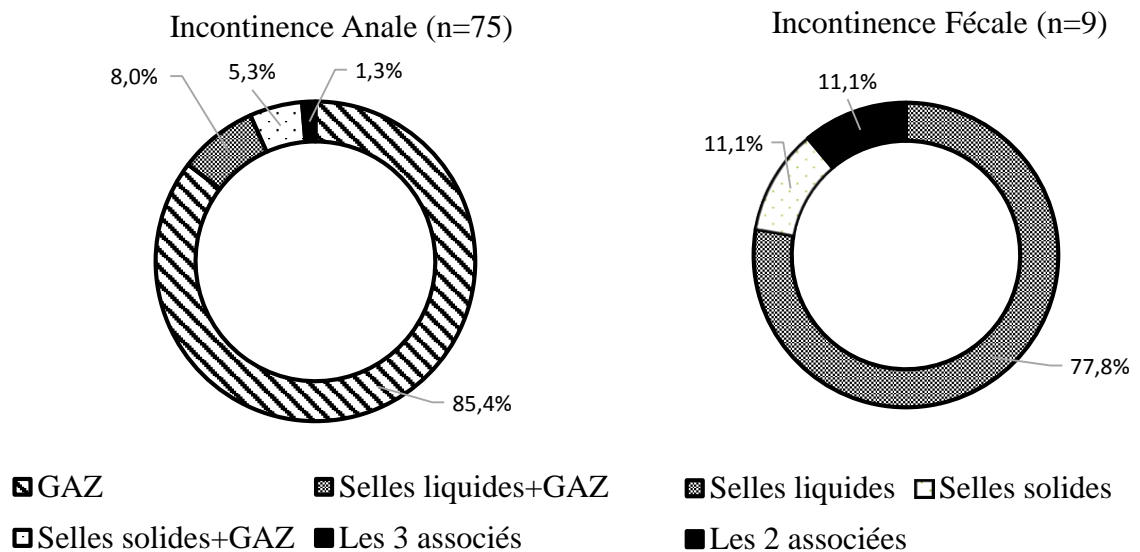
3.2.2 Incidence et facteurs de risque de l'incontinence anale

- Incidence de l'IA en post-partum

Sur les 326 répondantes, 84 (25,8 %) ont eu des signes d'IA dans les deux mois qui ont suivi leur accouchement.

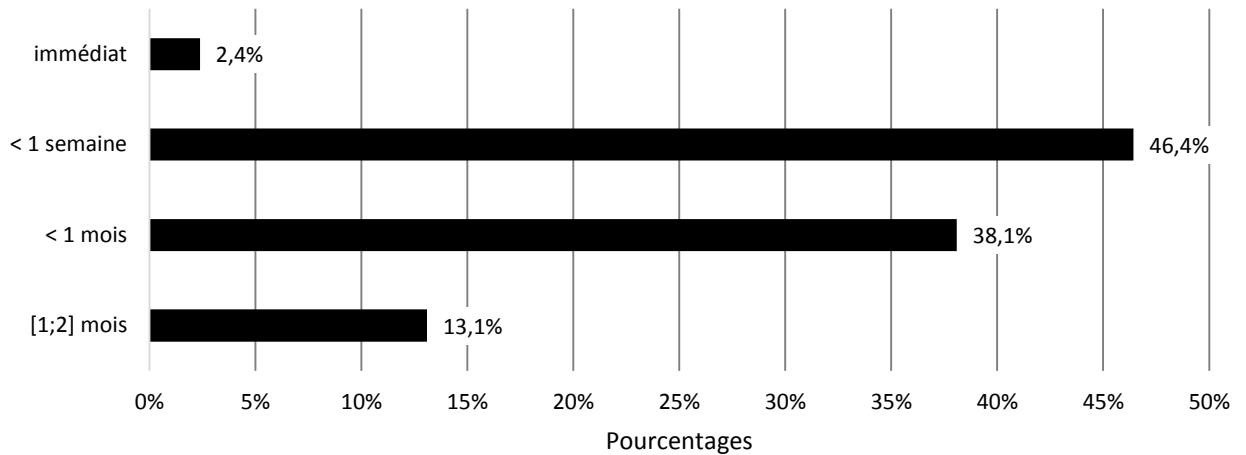
Sur les 84 femmes atteintes, 75 (89,3 %) avaient une IA soit 23,0 % de la population totale et 9 (10,7 %) femmes avaient une IF soit 2,8 % de la population totale. La figure 4 représente la proportion globale de femmes atteintes sur les deux mois du post-partum pour chaque type de symptômes.

Figure 4 : proportion globale des symptômes d'IA et d'IF



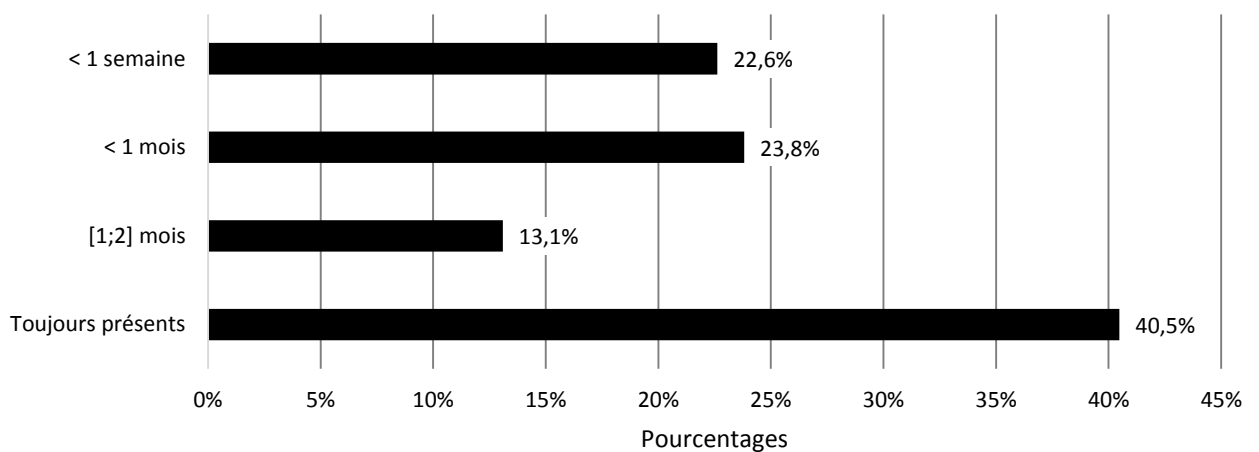
Sur les 84 femmes atteintes, 39 (46,4%) ont eu des symptômes moins d'une semaine après l'accouchement. La répartition des femmes atteintes en fonction du délai d'apparition des premiers signes est représentée par la figure 5.

Figure 5 : Proportion de femmes atteintes d'IA en fonction du délai d'apparition des premiers symptômes en post-partum (n=84)



Sur les 84 femmes atteintes, 34 (40,5%) avaient toujours des signes au moment de répondre, c'est-à-dire environ deux mois après l'accouchement. La répartition par tranches de durée des symptômes est représentée par la figure 6.

Figure 6 : Proportion des femmes atteintes en fonction de la durée de leur(s) symptôme(s) (n=84)



Au final, sur les 326 femmes répondantes, on retrouve 34 (10,4 %) femmes qui sont atteintes au moment de remplir le questionnaire, c'est-à-dire à deux mois du post-partum. Parmi elles 28 (82,4 %) ont une IA uniquement aux gaz, 5 (14,7%) ont une IA associant perte de gaz et de selles (solides ou liquides), et 1 (2,9%) a une IF aux selles liquides.

- Facteurs de risque d'incontinence anale

Tableau III : Comparaison des femmes atteintes et non atteintes d'IA

Variables	Avec IA n = 84	Sans IA n = 242	p
Age mère (ans)	31,7 ± 4,1	31 ± 5,2	0,27
IMC	22,8 ± 4,7	23,2 ± 4,5	0,47
Terme (SA)	39,8 ± 1,1	39,8 ± 1,2	0,78
Poids de naissance (g)	3419 ± 397	3287 ± 451	0,02
	= 4000	4200 ± 192	0,34
	< 4000	3200 ± 364	< 10 ⁻³
Parité (%)			
	Primipare	113 (46,7)	0,82
	2 ^{ème} pare	92 (38)	0,84
	3 ^{ème} pare	28 (11,6)	0,93
	4 ^{ème} pare	7 (2,9)	0,81
	5 ^{ème} pare	2 (0,8)	0,76
Présentation (%)			
	Céphalique	233 (97,1)	0,20
	Siège	7 (2,9)	0,20
Mode accouchement (%)			
	Voie basse	206 (85,1)	0,34
	Césarienne en urgence	24 (9,9)	0,45
	Césarienne programmée	12 (5,0)	0,77
Instruments (%)			
	VB spontanée	212 (87,6)	
	Forceps	9 (3,7)	0,74
	Ventouse	14 (5,8)	1,0
	Spatules	7 (2,9)	0,72
	2 instruments	(0)	0,26
Périnée (%)			
	Intact	104 (43,0)	0,08
	Déchirure	84 (34,7)	0,34
	Episiotomie	43 (17,8)	0,10
	Episiotomie + Déchirure	11 (4,5)	0,16
Déchirure (%)			
	Intact	104 (43,0)	0,08
	1 ^{er} degré	79 (32,6)	0,61
	2 ^{ème} degré	56 (23,2)	0,23
	3 ^{ème} degré	3 (1,2)	0,46
	4 ^{ème} degré	(0)	0
Constipation (%)			
	Jamais	181 (74,8)	0,97
	Peu fréquent	10 (4,1)	0,49
	Souvent	23 (9,5)	0,75
	Tout le temps	28 (11,6)	0,41
Diarrhée (%)			
	Jamais	231 (95,4)	0,94
	Peu fréquent	3 (1,2)	0,97
	Souvent	4 (1,7)	0,30
	Tout le temps	4 (1,7)	0,24
Antécédent			
	IA (%)	7 (2,9)	< 10 ⁻⁵
Taille (cm)	n=83 49,3 ± 1,7	n=235 48,9 ± 2	0,13
Périmètre céphalique (cm)	34,4 ± 1,5	34,0 ± 1,6	< 0,05
Efforts expulsifs (min)	n=75 15,9 ± 12	n=204 14,7 ± 11,5	0,45

Ce tableau montre des différences significatives entre le groupe de femmes atteintes et le groupe de femmes non atteintes. Pour les femmes atteintes, le poids de naissance ($p=0,02$) ainsi que le périmètre céphalique ($p<0,05$) des enfants sont supérieurs et l'antécédent d'IA est plus fréquent ($p<10^{-5}$) que chez les femmes non atteintes. On observe également que les femmes atteintes ont tendance à avoir moins de périnée intact que les femmes non atteintes ($p=0,08$).

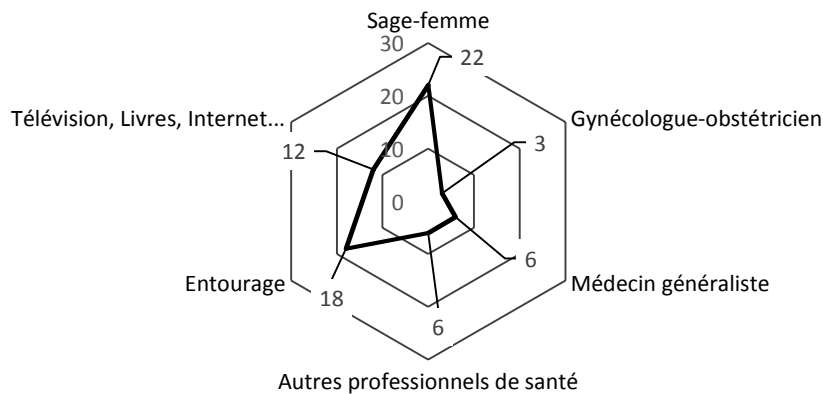
3.2.3 Connaissance et information sur l'incontinence anale

- Connaissance préalable des femmes

Les femmes ont été interrogées sur la connaissance de l'existence de l'IA par rapport à l'IU en dehors du contexte de grossesse. Sur les 326 femmes, 45 (13,8 %) ont entendu parler de l'IA du post-partum et 284 (87,1 %) ont entendu parler de l'IU du post-partum ($p<10^{-8}$).

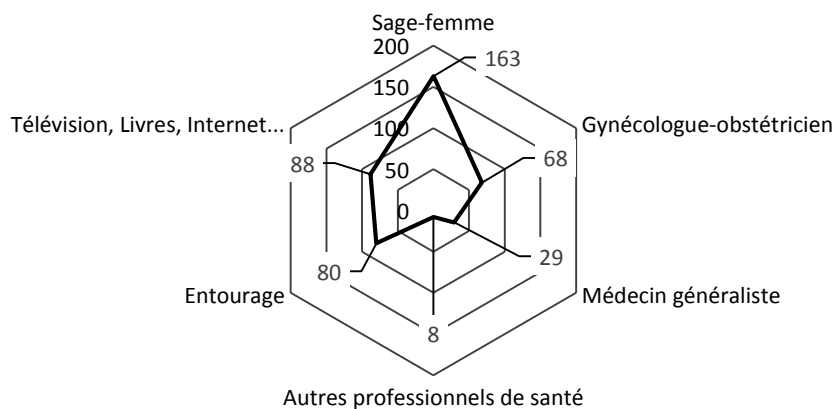
Les figures 7 et 8 indiquent la répartition des sources d'information pour les femmes qui connaissaient le problème de l'IA et/ou de l'IU du post-partum, sachant que certaines femmes avaient plusieurs sources d'information.

Figure 7 : Répartition des sources d'information sur l'IA (n=45)



Echelle : nombres

Figure 8 : Répartition des sources d'information sur l'IU (n=284)



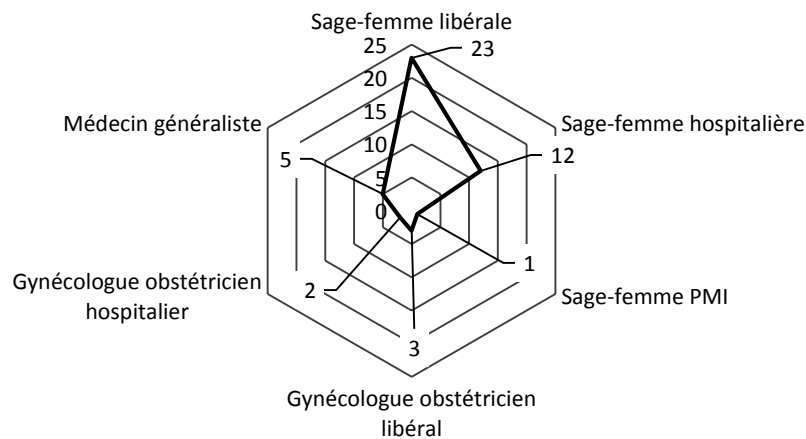
Echelle : nombres

- Information sur l'IA par rapport à l'IU pendant les consultations de grossesse

Sur les 326 femmes, la question de l'IA a été abordée pour 37 (11,3 %) d'entre elles et la question de l'IU a été abordée pour 217 (66,6 %) d'entre elles ($p < 10^{-7}$).

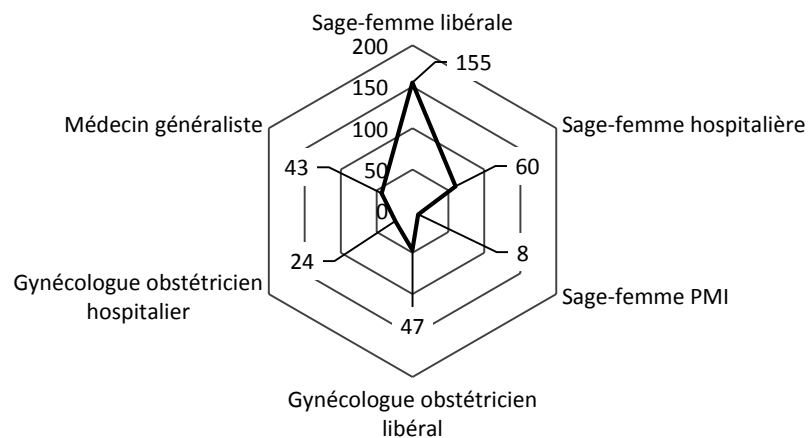
Les figures suivantes indiquent les professionnels de santé qui ont abordé le sujet de l'IA (figure 9) et le sujet de l'IU (figure 10) au cours de la grossesse, sachant que certaines femmes ont consulté plusieurs professionnels de santé.

Figure 9 : Répartition des professionnels qui ont abordé la question de l'IA pendant les consultations de grossesse (n=37)



Echelle : nombres

Figure 10 : Répartition des professionnels qui ont abordé la question de l'IU en consultation (n=217)

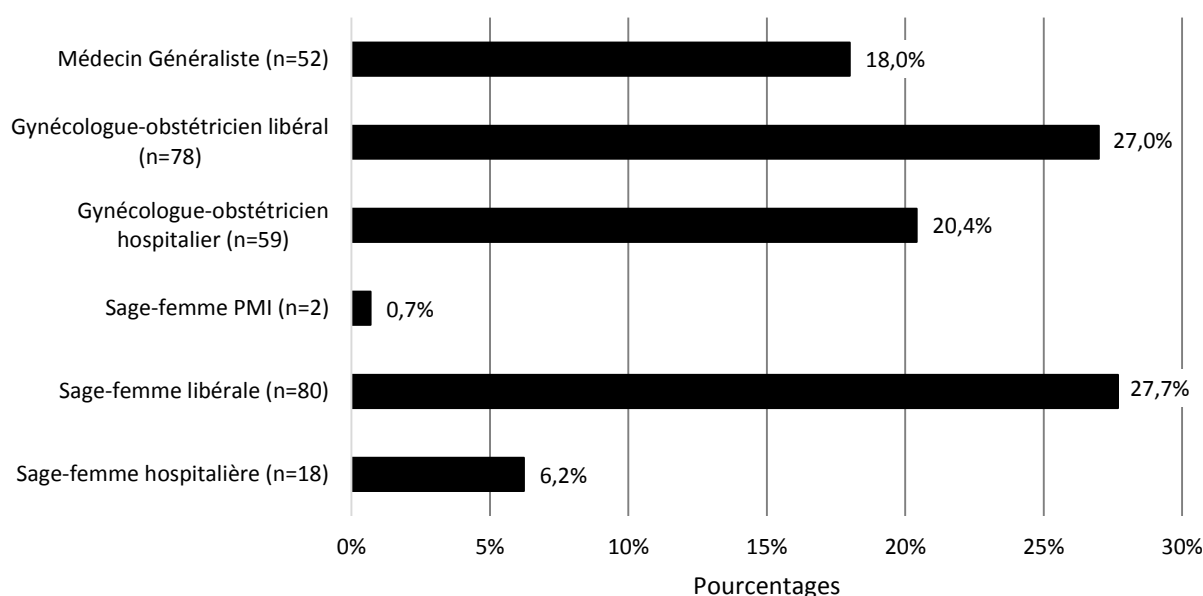


Echelle : nombres

- Information sur l'IA par rapport à l'IU pendant les cours de préparation à la naissance
Sur 326 femmes, 233 (71,5 %) ont suivi des cours de préparation à la naissance.
Sur ces 233 femmes, le sujet de l'IA a été abordé pour 23 (9,9 %) d'entre elles, et le sujet de l'IU a été abordé pour 149 (63,9 %) d'entre elles ($p < 10^{-7}$).

- Dépistage de l'IA par rapport à l'IU lors de la visite post natale (VPN)
Sur les 326 répondantes, 289 (88,7 %) ont fait leur VPN. La figure 11 indique les professionnels de santé rencontrés lors de la VPN.

Figure 11 : Proportion des professionnels consultés à la VPN (n=289)



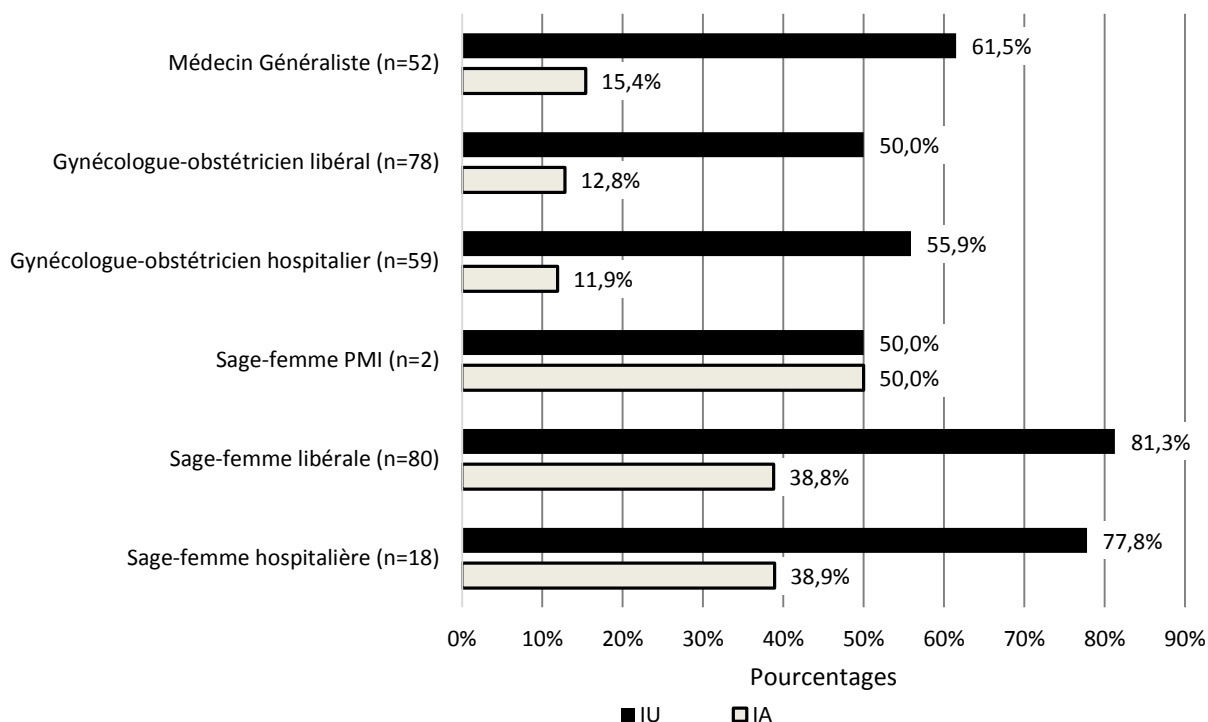
Lors de ces 289 visites post-natales, la question de l'IA a été posée à 64 (22,1 %) femmes et la question de l'IU a été posée à 184 (63,7 %) femmes ($p < 10^{-7}$).

Pour les 64 femmes, la question de l'IA a été posée directement par le professionnel de santé pour 55 (85,9 %) d'entre elles et par elles-mêmes pour 9 (14,1 %) d'entre elles.

Pour les 184 femmes, la question de l'IU a été posée directement par le professionnel de santé pour 158 (86,3 %) d'entre elles et par elles-mêmes pour 25 (13,7 %) d'entre elles.

La répartition des femmes en fonction du professionnel de santé qui a posé la question de l'IA et/ou de l'IU est représentée sur la figure 12.

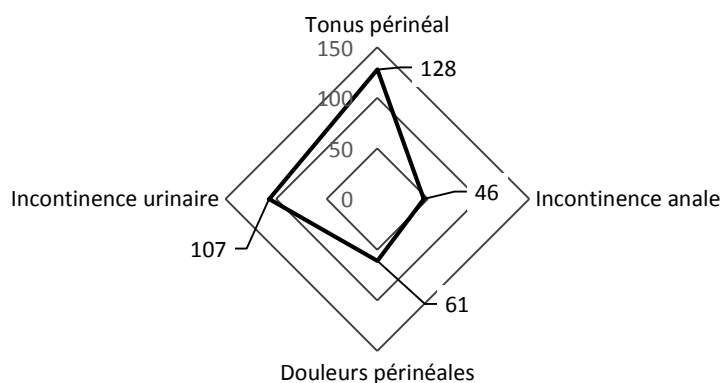
Figure 12 : Proportion des femmes à qui on a posé la question de l'IA ou de l'IU en fonction du professionnel de santé consulté (n=289).



- Sujets abordés pendant les séances de rééducation périnéale

Sur les 326 femmes répondantes 135 (41,4 %) ont commencé une rééducation du périnée. Nous leur avons demandé quels sujets avaient été abordés avec le praticien lors de ces séances ; la majorité de ceux-ci concernait le tonus périnéal et l'IU. La répartition des femmes en fonction des sujets abordés par le praticien est représentée sur la figure suivante, sachant qu'elles pouvaient choisir plusieurs réponses.

Figure 13 : Répartition des sujets abordés par le praticien lors des séances de rééducation périnéale (n=135)



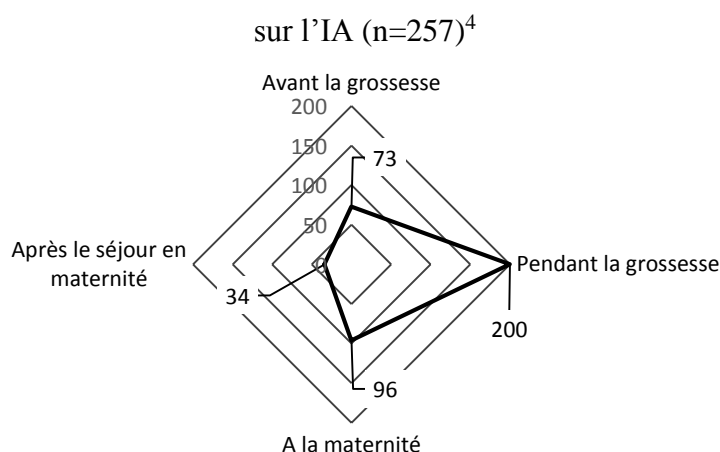
Echelle : nombres

3.2.4 Information quand et comment ?

Sur les 326 femmes, 257 (78,8 %) auraient aimé avoir des informations sur l'IA. Parmi elles, 200 auraient préféré avoir ces informations pendant la grossesse. Sur les 84 femmes atteintes 73 (86,9 %) étaient demandeuses d'informations sur l'IA. Sur les 242 femmes non atteintes, 184 (76,0 %) étaient demandeuses d'informations sur l'IA ($p < 0,04$).

La figure 14 montre la répartition des femmes demandeuses d'informations selon le moment où elles auraient aimé être informées, sachant que la patiente pouvait choisir plusieurs réponses.

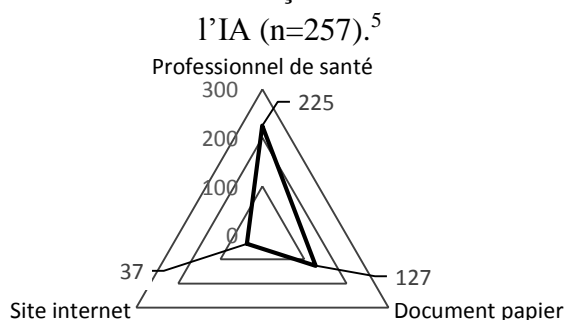
Figure 14 : Répartition des femmes selon le moment où elles auraient aimé être informées



Echelles : nombres

Sur ces 257 femmes demandeuses d'informations, 225 désiraient être informées par un professionnel de santé. La figure 15 montre la répartition des femmes selon la façon dont elles auraient aimé être informées, sachant que la patiente pouvait choisir plusieurs réponses.

Figure 15 : répartition des femmes selon la façon dont elles auraient aimé être informées sur



Echelle : nombres

⁴ Voir annexe 12 : comparaison de la répartition entre les femmes atteintes d'IA et celles non atteintes selon le moment où elles auraient aimé être informées.

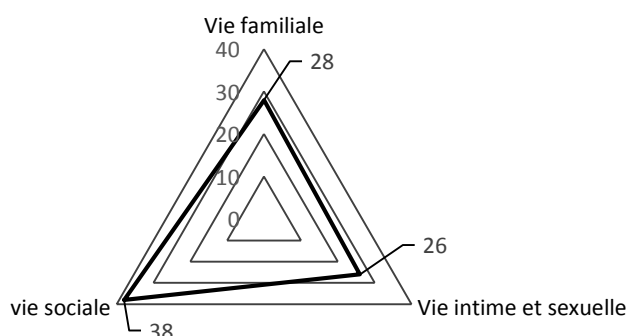
⁵ Voir annexe 13 : comparaison de la répartition entre les femmes atteintes d'IA et celles non atteintes selon la façon dont elles auraient aimé être informées.

3.2.5 Vécu des femmes atteintes

- Atteinte au quotidien

57 (67,9 %) femmes atteintes exprimaient le fait que leur(s) symptôme(s) les affectait dans leur vie sociale, familiale ou intime. La répartition des femmes en fonction de ces trois critères est représentée sur la figure suivante, sachant que certaines femmes étaient affectées dans plusieurs domaines.

Figure 16 : répartition des femmes en fonction du milieu dans le(s)quel(s) elle se sentait affectée par l'IA (n=57)

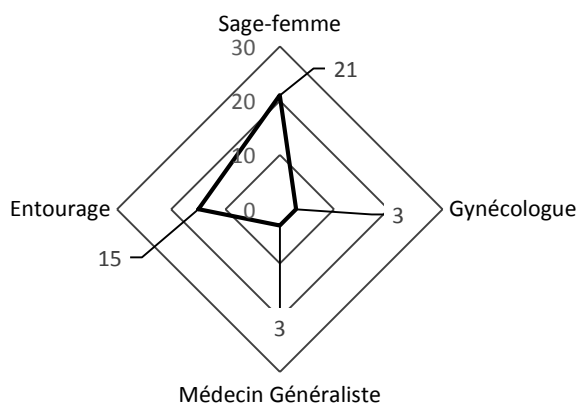


Echelle : nombres

- A qui les femmes se confient-elles ?

Sur les 84 femmes atteintes, 36 (42,9 %) ont parlé de leur IA. Parmi ces 36 femmes, 21 ont choisi de se confier à une sage-femme. La figure 17 montre la répartition des femmes en fonction des personnes avec qui elles ont parlé de leur IA, sachant que certaines femmes en ont parlé à plusieurs personnes.

Figure 17 : répartition des femmes en fonction des personnes avec qui elles ont parlé de leur IA. (n=36)



Echelle : nombres

- Tabou de l'incontinence anale

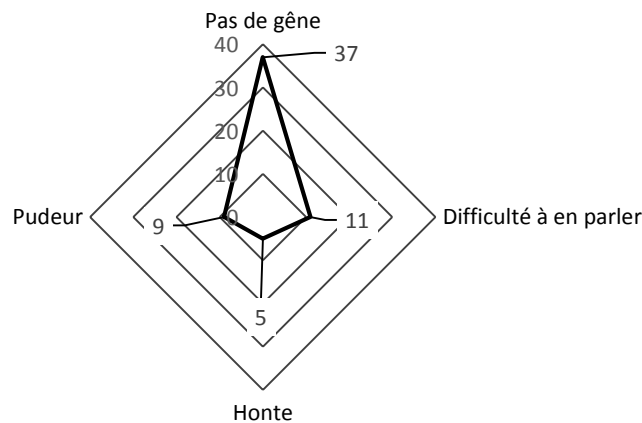
Sur les 84 femmes atteintes, 79 (94,0 %) ont fait leur VPN. Pour 26 (32,9 %) d'entre elles, la question de l'IA a été abordée. Parmi ces 26, pour 19 (73,1 %) d'entre elles le sujet a été abordé en premier par le professionnel et pour 7 (26,9 %) d'entre elles il a été abordé en premier par la femme elle-même.

Sur les 242 femmes non atteintes, 210 (86,8 %) ont fait leur VPN. Pour 38 (18,1 %) d'entre elles, la question de l'IA a été abordée. Parmi ces 38, pour 36 (94,7 %) d'entre elles le sujet a été abordé en premier par le professionnel et pour 2 (5,3 %) d'entre elles il a été abordé en premier par la femme elle-même.

Sur les 84 femmes atteintes, 48 (57,1 %) n'ont pas parlé de leur(s) symptôme(s).

37 femmes ne se sont pas exprimées car ce trouble ne les a pas gênées au point d'en parler ou de consulter. La figure 18 montre la répartition des femmes en fonction des raisons pour lesquelles celles atteintes n'ont pas consulté, sachant que les femmes pouvaient choisir plusieurs propositions.

Figure 18 : Répartition des raisons évoquées par les femmes atteintes qui n'ont pas consulté (n=48).

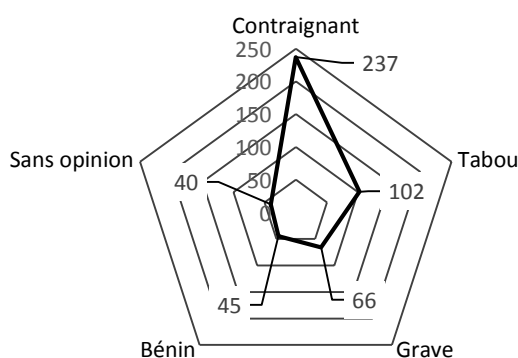


Echelle : nombres

- Opinion des femmes sur l'incontinence anale

Sur les 326 participantes, 237 trouvent que c'est une maladie contraignante. La figure 19 montre la répartition des opinions qu'ont les femmes de l'IA, sachant que les femmes pouvaient choisir plusieurs propositions.

Figure 19 : Répartition de l'opinion des femmes sur l'IA (n=326).⁶



Echelle : nombres

3.2.6 Rééducation et prise en charge de l'incontinence anale

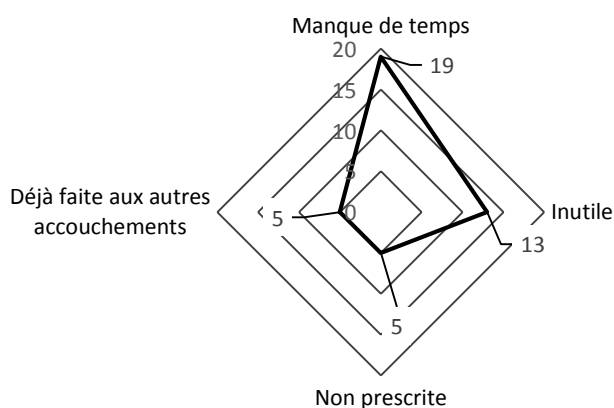
- Rééducation périnéale chez les participantes

Sur les 326 femmes, 286 (87,7 %) pensaient faire la rééducation périnéale. Parmi les 40 (12,3 %) qui ne souhaitent pas la faire, 19 évoquaient le manque de temps.

Sur les 84 femmes atteintes, 79 (94,0 %) pensaient faire cette rééducation et sur les 242 femmes non atteintes, 207 (85,5 %) pensaient également faire cette rééducation ($p=0,04$).

La figure 20 montre la répartition des femmes selon la raison évoquée pour ne pas faire la rééducation, sachant que la patiente pouvait choisir plusieurs réponses.

Figure 20 : Répartition des femmes selon la raison évoquée pour ne pas faire la rééducation du périnée (n=40).



Echelle : nombres

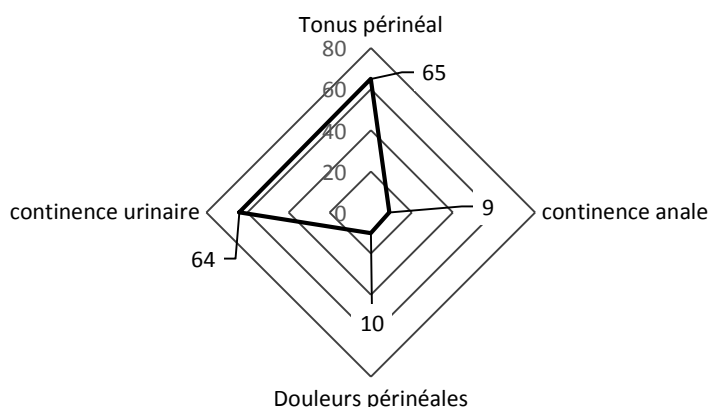
⁶ Voir annexe 14 : comparaison de la répartition entre les femmes atteintes d'IA et celles non atteintes selon leur opinion sur le sujet.

- Rééducation périnéale chez les femmes multipares

Sur les 175 multipares, 123 (70,3 %) ont fait la rééducation périnéale pour leur(s) accouchement(s) précédent(s) dont 95 (77,2 %) pour le premier accouchement.

Parmi les 123 femmes multipares qui ont fait la rééducation, 92 (74,8 %) ont ressenti une amélioration après les séances. La figure suivante représente la répartition des femmes en fonction des améliorations ressenties, sachant que la patiente pouvait choisir plusieurs réponses.

Figure 21 : Répartition des améliorations ressenties par les patientes multipares qui ont fait une rééducation du périnée (n=123).



Echelle : nombres

- Prise en charge chez les multipares ayant un antécédent d'IA

Sur les 25 multipares qui ont un antécédent d'IA, 4 (16,0 %) ont consulté suite à ces troubles. 1 l'a fait moins d'une semaine après l'accouchement, 1 entre une semaine et un mois après l'accouchement, et 2 après un mois. 3 ont consulté une sage-femme et 1 un gastro-entérologue. Suite à ces consultations, 2 professionnels ont prescrit une rééducation périnéale spécifique, 1 a prescrit des médicaments, et 1 n'a rien prescrit.

Sur les 21 (84 %) multipares qui n'ont pas consulté, 17 ont exprimé le fait que cela ne les a pas gênées au point de consulter ou d'en parler, 3 par honte, 3 par pudeur et 4 ont eu du mal à aborder le sujet, sachant que les patientes pouvaient choisir plusieurs réponses.

4 DISCUSSION

4.1 Les forces de l'étude

C'est une étude de cohorte prospective.

Le nombre important de participantes (326) nous a permis d'obtenir des résultats significatifs.

Toutes les femmes ont été rencontrées par une même personne dans le service de suites de couches pour leur recrutement et le recueil des données du premier questionnaire. Ainsi, nous avons pu limiter les biais dans l'explication du sujet aux patientes et dans le recueil des données.

4.2 Les limites de l'étude

4.2.1 Difficultés de la méthode

La phase n° 1 de recrutement a été particulièrement chronophage. En effet, pour plus de précisions et pour éviter les difficultés de compréhension ainsi que les questions laissées sans réponse, le questionnaire n° 1 (annexe 5) a été rempli avec la participante. Les données d'identification relatives à l'accouchement ont ensuite été vérifiées dans le dossier après son accord. Certaines données, telles que la durée des efforts expulsifs ont été remplies uniquement à partir du dossier.

La phase n° 2 concernant le second questionnaire a présenté elle aussi certaines contraintes. Afin de respecter la confidentialité des adresses mail, celles-ci ont été mises en copies cachées. Pour chaque envoi, nous avons choisi dix adresses maximum afin que les mails ne soient pas classés automatiquement dans les « courriers indésirables ». En raison de problèmes liés à l'envoi des réponses des patientes, nous avons décidé de n'inclure dans le mail que le lien direct vers le questionnaire, comme conseillé par Google Doc®. Le remplissage du questionnaire à partir d'un Smartphone a aussi posé quelques soucis. Nous avons donc ajouté une note dans le mail pour qu'elles remplissent le questionnaire à partir d'un ordinateur fixe ou portable.

4.2.2 Difficultés liées au thème de l'étude

Le taux de réponses au second questionnaire a été de 80 %. Le thème de notre étude n'a donc pas été un frein à la participation des femmes. De plus, lors du recrutement, la majorité d'entre elles n'a pas semblé être mal à l'aise lorsque le sujet a été expliqué oralement. Au contraire, elles ont plutôt été intéressées et quelques-unes ont demandé des précisions sur la fréquence et le traitement de ces troubles.

Cependant, le nombre de patientes souhaitant être contactées par mail a été très supérieur à celui des patientes souhaitant être contactées par téléphone. On peut imaginer qu'une femme venant d'accoucher préfère répondre par mail quand elle a du temps libre, même si cela est plus long, plutôt que d'être contactée à n'importe quel moment. On peut également supposer que les femmes ont été moins gênées de répondre de façon indirecte à un sujet aussi intime, qu'elles soient atteintes ou non.

Nous avons constaté que la possibilité de répondre par mail n'a pas complètement exclu la gêne que certaines femmes ont pu ressentir vis-à-vis de notre sujet. L'une d'entre elles nous a écrit : *« J'ai commencé plusieurs fois à remplir le questionnaire que vous proposez, mais le fait qu'il faut remplir nom et prénom et parler des choses aussi intimes que l'incontinence anale me mets très mal à l'aise. »* ... *« Je suis vraiment désolée mais je ne pourrais pas remplir le questionnaire. »*. Elle a également exprimé des doutes sur la confidentialité du support utilisé pour le questionnaire : *« Ce n'est pas votre honnêteté que je mets en cause mais la privacité qui peut offrir google et toutes ses applications »*. On peut donc imaginer que parmi celles qui n'ont pas répondu au questionnaire, certaines ont été gênées par le sujet.

Dans ce cas, nous pouvons nous demander pour quelles raisons elles ont accepté de participer à l'étude sans pour autant y répondre ? La première hypothèse est peut-être une mauvaise compréhension de notre sujet. En effet, lors du recrutement en suites de couches, certaines patientes ont confondu les troubles de la continence anale avec les troubles du transit, comme la constipation ou la diarrhée ou bien avec la reprise du transit après l'accouchement. Nous pouvons suggérer que malgré une explication brève de l'IA, des patientes n'ont pas compris ou n'ont pas osé poser plus de questions. La seconde hypothèse est que certaines femmes n'ont peut-être pas osé dire non.

4.2.3 Autres limites

Une étude randomisée cas-témoin ainsi qu'un plus grand nombre de participantes, donc de femmes atteintes, aurait pu mettre en évidence des différences statistiquement significatives. La population étudiée correspond à des femmes suivies dans une maternité de type III d'une grande ville avec un fort taux de sages-femmes libérales, les résultats démontrés doivent être interprétés en fonction de ce critère. Ainsi d'autres résultats auraient pu être mis en évidence dans des maternités de types différents ou dans des territoires à faible taux de sages-femmes libérales. De plus, les femmes ayant accepté de répondre au second questionnaire sont 3 ans plus âgées et ont 20 % de périnée intact en moins que les femmes qui n'ont pas répondu. Notre

population n'est donc pas représentative. Ainsi, on peut penser que les femmes qui ont eu des complications périnéales à l'accouchement (déchirure simple, épisiotomie..) se sont peut-être senties plus impliquées pour répondre à notre étude.

Le délai de deux mois entre le recrutement et l'envoi du second questionnaire nous a contraints à restreindre l'étude sur quatre mois. Un délai plus important aurait permis d'analyser l'incidence de l'IA à plus grande distance de l'accouchement et de laisser plus de temps de réponse aux 11 % de patientes qui n'avaient pas encore passé leur visite post-natale (VPN).

Lors du recrutement, d'autres paramètres auraient pu être pris en compte comme les présentations postérieures, la prise de poids pendant la grossesse, et la durée de la deuxième phase de travail afin de déterminer s'ils sont associés à un risque d'IA en post-partum. Nous aurions aussi pu demander si les femmes primipares ont eu des signes d'IA avant et pendant leur grossesse, afin de déterminer si la grossesse en elle-même augmente le risque d'IA et si elle est prédictive d'une IA en post-partum. Enfin, nous aurions pu comparer l'efficacité des rééducations périnéales en prenant en compte les types de rééducation et les professionnels de santé qui les effectuent.

Discuter de l'IA lors du recrutement a probablement influencé les résultats. Les femmes ont peut-être été plus attentives aux signes de son apparition ou se sont senties plus libres d'aborder le sujet pendant la VPN et/ou lors des séances de rééducation périnéale. La question du sexe du médecin n'a pas été posée. Pourtant, on peut imaginer que ce paramètre a une influence sur la femme quand elle parle de son intimité.

Enfin, le second questionnaire étant long à remplir, les femmes l'ont peut-être complété sans être attentives aux indications ou aux informations complémentaires de certaines questions. De plus, les participantes ne se sont peut-être pas souvenues que le sujet de l'IA ou de l'IU a été abordé, surtout si elles n'ont pas été concernées par ces troubles. De même pour les multipares, certaines ont peut-être eu du mal à se rappeler si elles ont eu des troubles après leur(s) précédent(s) accouchement(s).

4.3 Rappel des principaux résultats

4.3.1 Incidence et facteurs de risque de l'incontinence anale

Lors de notre étude, environ un quart des femmes qui ont accouché au CHU de Nantes, par voie basse ou par césarienne, ont développé des signes d'IA. La grande majorité des femmes atteintes ont eu une incontinence aux gaz. Les premiers signes sont apparus le plus souvent dans le premier mois du post-partum et ont persisté jusqu'à deux mois⁷ pour 40 % des femmes atteintes. Au final, sur la totalité des femmes interrogées, nous avons constaté 10 % de femmes souffrant encore d'IA deux mois après l'accouchement.

Nous avons également observé que le poids de naissance ($p=0,02$) ainsi que le périmètre céphalique des enfants ($p<0,05$), ont été en moyenne significativement plus élevés pour les femmes atteintes. Aussi, le fait d'avoir eu une IA après un accouchement, a augmenté la probabilité d'avoir de nouveau une IA pour le dernier accouchement ($p<10^{-5}$). Enfin, on a observé que les femmes atteintes ont eu tendance à avoir moins de périnée intact que les femmes non atteintes ($p=0,08$).

4.3.2 Connaissance et information des femmes

Notre objectif principal est de savoir si les femmes connaissent l'existence de l'IA survenant au décours de l'accouchement et si le sujet a été abordé sur une période allant du début de la grossesse jusqu'à la VPN. Pour chaque question, nous avons comparé l'IA à l'IU pour vérifier l'hypothèse que l'IA est un sujet plus tabou que l'IU pour les professionnels et les patientes.

Nous avons donc constaté qu'en dehors de leur grossesse, peu de femmes répondantes ont déclaré avoir entendu parler d'IA, que ce soit par les médias, l'entourage, ou bien les professionnels de santé. Nos résultats ont montré que les participantes connaissaient davantage l'existence de l'IU que celle de l'IA ($p<10^{-8}$). Hors grossesse et post-partum, leur principale source d'information pour l'IA comme pour l'IU, a été en premier lieu les sages-femmes puis l'entourage et les médias.

Pendant la grossesse, que ce soit lors des consultations ou bien lors des cours de préparation à la naissance, le sujet de l'IU a été plus souvent abordé que celui de l'IA ($p<10^{-7}$). Pendant ces consultations, les principales sources d'informations citées pour l'IA comme pour l'IU, ont été les sages-femmes (libérales puis hospitalières).

⁷ Les données ont été recueillies jusqu'à deux mois du post-partum.

Au moment de la VPN, l'IA a été moins abordée que l'IU ($p < 10^{-7}$). Les sages-femmes ont proportionnellement plus posé la question de l'IA que les médecins traitants ou que les gynécologues-obstétriciens. Parmi les patientes qui ont débuté leurs séances de rééducation périnéale, nous avons observé que l'IA a été moins abordée que l'IU.

4.3.3 Souhait d'information sur l'incontinence anale

L'autre objectif principal est de savoir si les femmes désirent être informées. Les participantes de l'étude ont été en grande partie demandeuses d'informations, avec une proportion plus forte chez les femmes atteintes ($p < 0,04$). En majorité, elles ont désiré être informées pendant la grossesse plutôt qu'à la maternité ou après la sortie et par un professionnel de santé plutôt que par un document papier ou par un site internet.

4.3.4 Vécu des femmes atteintes

43 % des femmes atteintes ont parlé de leur IA et la majorité de celles-ci s'est confiée à une sage-femme puis à l'entourage. Pour les patientes qui n'ont pas parlé de leurs symptômes, elles ont évoqué que ces troubles ne les ont pas gênées au point de consulter ou d'en parler. Cependant, que les femmes soient atteintes ou non, la plupart d'entre elles ont vu l'IA comme une maladie contraignante. Enfin, 67,9 % des femmes atteintes ont exprimé que leurs symptômes les ont affectées dans au moins un de ces domaines : vie sociale, familiale ou intime.

4.3.5 Rééducation et prise en charge de l'incontinence anale

Dans 87,7 % des cas, les participantes ont envisagé de faire la rééducation périnéale. Les femmes atteintes d'IA ont été plus nombreuses à envisager de faire la rééducation du périnée que les femmes non atteintes ($p = 0,04$). Celles qui n'ont pas souhaité la faire ont évoqué en premier le manque de temps puis son inutilité.

Parmi les femmes multipares, on a observé que la rééducation a été faite dans la majorité des cas pour le premier accouchement. Les améliorations ressenties chez 75 % des femmes, ont concerné en majorité la continence urinaire et le tonus. Un quart des multipares atteintes a consulté pour IA, parmi celles-ci, la majorité a été vue en consultation par une sage-femme. La prise en charge a reposé, en premier lieu, sur une rééducation périnéale spécifique puis sur un traitement médicamenteux. Pour celles qui n'ont pas consulté, la principale raison évoquée a été que ces troubles ne les ont pas gênées.

4.4 Rapport avec la littérature

4.4.1 Incidence de l'incontinence anale

Nous avons retrouvé environ 10 % d'IA à 2 mois du post-partum. Parmi ces 10 %, nous avons eu une majorité d'incontinence aux gaz (82 %) et une minorité d'IF représentant 2,9 % des symptômes soit 0,3 % d'atteintes sur les 326 femmes de l'étude.

Nos résultats sont similaires à la littérature, puisque dans une étude de SULTAN (16), on retrouve une incidence de 13 % d'IA pour le premier accouchement, de même que pour l'étude d'ABRAMOWITZ [21]. Dans l'étude de ZETTERSTROM (38), cette incontinence concerne généralement les pertes de gaz et l'IF touche 1 à 2 % des primipares.

On constate néanmoins que ces résultats ainsi que les méthodes de recueil utilisées sont variables d'une étude à l'autre.

4.4.2 Facteurs de risque de l'incontinence anale

Notre étude a montré une association significative de l'IA avec le poids de naissance, le périmètre céphalique et un antécédent d'IA suite à un accouchement. Dans le cas du poids de naissance, nous n'avons pas retrouvé d'association significative au-dessus d'un seuil de 4000 g comme c'est le cas dans l'étude d'Andrews [37]. Ceci s'explique peut-être par un faible effectif des valeurs extrêmes (poids de naissance ≥ 4000 g).

De plus, les déchirures périnéales sévères [22], l'utilisation de forceps [17] [21], le premier et le second accouchement [16] [21] [33], la durée des efforts expulsifs et de la seconde phase de travail [35] [40], l'IMC supérieur à 25, et l'âge maternel supérieur à 30 ans [13], n'ont pas été associés au risque de développer une IA en post-partum comme retrouvé dans la littérature.

4.4.3 Connaissances et informations sur l'incontinence anale

Sur ce sujet, il y a peu d'études, cependant si l'on fait un parallèle avec la connaissance que les femmes ont de leur périnée, on retrouve quelques similitudes avec nos résultats. Dans le mémoire de TONNEAU « le périnée qu'en savent les femmes ? » [50], on retrouve là aussi, que la source d'information principale des femmes est la sage-femme (57%). Cette étude souligne l'importance de l'information et met en évidence « *des connaissances lacunaires chez les femmes nullipares enceintes au sujet de l'anatomie et de la physiologie du périnée* » et ajoute que « *La connaissance permettrait sans doute de mieux maîtriser le périnée pour éviter les désagréments périnéaux à l'accouchement.* »

Récemment, un mémoire de CLAUTRIER a fait l'état des lieux des connaissances des professionnels de santé de l'Allier et du Puy de Dôme sur le sujet de l'IA en post-partum [51]. Les résultats montrent que « *Rares sont les professionnels la définissant dans son intégralité.* » et qu' « *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.* ». Ce constat apporte donc deux possibles explications à nos résultats. L'IA serait moins abordée car sous-estimée par les professionnels de santé et/ou moins connue par rapport à l'IU.

Dans ce mémoire, trois protocoles de dépistage de l'IA ont été proposés aux professionnels de santé. Le premier a consisté à demander en suites de couches au cours de l'hospitalisation et au cours de la VPN, simplement et systématiquement si la patiente a eu ou non une IA, en précisant le type d'incontinence. Le deuxième a reposé sur le fait de sensibiliser au risque d'IA et de donner aux patientes un questionnaire spécifique de l'IA à la sortie de la maternité et à retourner à la VPN. Le troisième a consisté à proposer à la VPN un questionnaire validé aux patientes uniquement sur signes d'appel d'IA. Le premier protocole a été choisi en majorité par les professionnels, il semble en effet le plus simple à mettre en place. Cependant, rappelons que les femmes de notre étude ont souhaité aborder le sujet dès la grossesse. Si on ajoutait cette modalité au premier protocole, cela permettrait peut-être de faciliter la communication et le dépistage de l'IA dans le post-partum.

Ces deux études montrent donc que les femmes n'auraient pas assez de connaissances sur leur périnée et les professionnels de santé pas assez sur l'IA. Des informations et un dépistage des troubles périnéaux devraient être amorcés dès la grossesse.

4.4.4 Rééducation périnéale

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de décembre 2002 pour la pratique clinique, basées sur des accords professionnels, préconisent « *dès les premiers jours après l'accouchement de s'assurer du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et de l'accouchement, et de donner une information sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales. Ce moment permet d'insister sur la nécessité de la consultation post-natale. C'est lors de cette consultation que l'indication d'une prise en charge rééducative est envisagée.* » [52]. Cependant, dans de nombreuses maternités, cette prescription est faite dès la sortie [53]. De plus, même si pendant leur séjour des

informations sont données sur la VPN et la rééducation, les femmes n'intégreraient pas toujours leur nécessité comme le montrent nos résultats.

Lors de la VPN, il est recommandé aux professionnels de santé de rechercher une incontinence urinaire, aux gaz ou fécale chez la patiente. Or, comme nous l'avons vu, les problèmes d'incontinence restent un sujet difficile à aborder pour les patientes. En effet, environ 57 % des femmes atteintes n'ont pas parlé de leurs symptômes et lors de la VPN seule 9 % d'entre elles ont parlé de leur incontinence anale, spontanément, avant que le professionnel de santé ne leur pose la question. Si ce dernier n'aborde pas spontanément la question, il semble donc que la patiente ne le fera pas non plus [53].

4.4.5 Vécu des femmes

Dans la thèse de BADIOU, il est démontré de façon significative que les fuites de selles, de gaz ainsi que la constipation altèrent la qualité de vie des femmes. De plus, 18% des femmes incontinentes ont un retentissement social important, avec une restriction de leur vie sociale [35].

Nous avons retrouvé une proportion plus élevée dans notre étude. En effet, 68 % des femmes atteintes se sont senties affectées dans leur vie sociale, familiale ou intime. La répartition dans ces trois domaines de vie a été relativement homogène avec plus de gêne des femmes dans leur vie sociale [35].

D'après notre étude, moins d'une femme sur deux a osé parler de son incontinence (43 %) et seulement 16 % ont consulté suite à ces troubles. Dans l'étude de MAC ARTHUR, 25% des patientes souffrant d'IA après leur accouchement ont consulté [13]. Notre résultat semble cohérent avec celui de l'étude, même s'il résulte d'un faible effectif (4 multipares sur 25).

4.5 Rôle de la sage-femme

4.5.1 Prévention

Dans notre étude, nous avons observé que les femmes se sont confiées plus souvent à une sage-femme pour parler de leur incontinence urinaire ou anale. Ce lien est d'autant plus important que la sage-femme peut intervenir à tous les niveaux : suivi de grossesse, préparation à l'accouchement, naissance, suivi post-natal, rééducation périnéale et suivi gynécologique. Dès lors, il serait intéressant d'interroger les sages-femmes pour connaître leurs pratiques dans la prise en charge des patientes incontinentes à ces différents stades de suivi.

Nous nous sommes demandé quelle serait la meilleure façon d'aborder le sujet. Les femmes de notre étude ont en majorité souhaité être informées pendant la grossesse plutôt qu'à la maternité ou après la sortie, et de préférence par un professionnel de santé.

Nous pouvons penser que parler d'IA pendant la grossesse est inapproprié ou alarmiste. Néanmoins, à la maternité, les femmes reçoivent déjà beaucoup d'informations sur un temps de séjour de plus en plus court, leur parler d'une possible IA à ce moment-là pourrait les démoraliser. De même, au moment de la VPN, poser la question est important pour détecter les IA persistantes et prescrire une rééducation adaptée. Cependant, la VPN est parfois réalisée tardivement voire pas du tout, et la rééducation périnéale, souvent prescrite à la maternité, n'est pas faite par la patiente qui n'a pas le temps ou qui ne voit pas son utilité. En effet, ces séances peuvent être vécues comme des contraintes difficiles à gérer pour la femme (véhicule, allaitement, enfants en plus du bébé).

Il serait cependant possible de rassurer les femmes avant qu'elles développent une IA en post-partum et ainsi leur permettre d'aborder le sujet plus facilement. Une information dès la grossesse sur les symptômes, la fréquence et les traitements pourrait être une solution appropriée.

Faire de la prévention en amont du bouleversement qu'est la naissance semble donc adapté et primordial pour rassurer les femmes qui seront peut-être confrontées à ces troubles. Cette sensibilisation peut se faire lors des cours de préparation à la naissance où les femmes ont la possibilité d'en apprendre plus sur leur périnée et les modifications qu'il subit après l'accouchement.

Depuis avril 2008, l'Assurance Maladie propose, en partenariat avec les sages-femmes libérales, deux séances de suivi post-natal précoce. Ces deux séances sont destinées en priorité aux femmes en situation de vulnérabilité (isolement, insécurité...). Elles peuvent être réalisées à partir du 8^{ème} jour après la naissance et jusqu'à la date de la consultation post-natale. Prioritairement axées sur la prévention des difficultés psychiques maternelles, ces séances sont aussi l'occasion pour la sage-femme de dispenser quelques conseils en matière de prévention périnéale : gestion des efforts, aide à la récupération, exercices de contraction [54].

4.5.2 Prévention des lésions périnéales

Cette partie résulte de la revue de la littérature, son but est de synthétiser les informations recueillies dans le cadre de ce mémoire et qui concerne la prévention des lésions périnéales, sujet indissociable de la prévention de l'IA.

La position accroupie permettrait de diminuer les déchirures sévères du périnée, les épisiotomies, l'utilisation d'ocytociques et d'instruments [35]. De manière générale, les positions doivent être adaptées aux particularités de chaque situation et aux besoins de la patiente, sans être néfastes pour l'enfant [55].

La poussée, après deux heures à dilatation complète, diminuerait les interventions en partie moyenne (extraction instrumentale, rotation manuelle) mais ne modifierait pas le risque d'IA [22].

Lors des efforts expulsifs, la poussée en expiration soufflée amène une compression plus progressive sur la musculature du périnée qui se détend mieux en comparaison à la poussée en inspiration bloquée. Une bonne maîtrise de cette technique, apprise lors des cours de préparation à la naissance, est nécessaire pour qu'elle soit efficace [35].

Le contrôle manuel de la tête fœtale lors de l'expulsion est un moyen efficace pour la protection du périnée [22]. Il consiste à poser une main sur le sommet de la tête fœtale juste avant le grand couronnement afin de contrôler sa déflexion qui peut être brutale. Après le dégagement de la tête, l'opérateur doit avoir une bonne vision du périnée postérieur afin de prévenir une sortie brutale du bras postérieur, pouvant entraîner une déchirure périnéale [55].

La prévention passe également par le diagnostic précoce des présentations postérieures et des dégagements en occipito-sacré [15] ainsi que de la macrosomie [38]. Il faut être vigilant en cas de seconde phase du travail prolongée [38], contre-indiquer l'épisiotomie médiane et ne pas effectuer d'épisiotomie médio-latérale de façon systématique [19]. On peut également préférer

l'extraction par ventouse qui semble moins traumatique par rapport à l'utilisation de forceps [17] [21]. Cependant, le choix de l'instrument doit se faire en fonction du contexte (flexion de la tête, hauteur de la présentation) et reste à l'appréciation de l'opérateur.

Après l'accouchement, la reconnaissance des déchirures périnéales du troisième ou quatrième degré est primordiale pour effectuer une réparation sphinctérienne adaptée. Cependant, le diagnostic de rupture sphinctérienne est parfois difficile. Il a été démontré que les déchirures du périnée du premier ou du deuxième degré (respectant le sphincter) sont souvent associées à une rupture sphinctérienne ignorée par l'obstétricien dans 28 % des cas ou par la sage-femme dans 86 % des cas [26] [56]. L'utilisation de l'échographie endo-anale avant la suture peut être un bon moyen diagnostique de ces lésions [22] et permettrait une meilleure prise en charge.

La réparation sphinctérienne se fait le plus souvent dès la salle de naissance. Pourtant, une réparation différée d'un périnée complet permettrait de faciliter celle-ci : l'œdème aura disparu, les tissus auront retrouvé une trophicité normale et un col fibreux, sur lequel pourrons s'appuyer les sutures, aura eu le temps de se former. De plus, la suture pourra être réalisée en milieu chirurgical, avec une anesthésie suffisante et donc un environnement plus confortable pour la patiente. Dans la pratique, cette prise en charge semble difficilement envisageable.

Les femmes qui ont une symptomatologie d'IA avant l'accouchement ou un antécédent de lésion périnéale du 4^{ème} degré, peuvent bénéficier d'une césarienne prophylactique pour protéger leur complexe sphinctérien [22]. Néanmoins, il semble raisonnable que la décision de césarienne prophylactique se fasse au cas par cas et après concertation entre la patiente et les professionnels de santé, afin que la balance bénéfices-risques soit respectée. Il est donc nécessaire d'informer la patiente appartenant à une population à risque (annexe 2), des dangers potentiels d'IA après un accouchement par voie vaginale, mais aussi de ceux liés à une césarienne programmée afin qu'elle prenne part à la décision [26].

Une étude randomisée, actuellement en cours dans 6 maternités parisiennes, examine le dilemme entre césarienne programmée, avec ses complications potentiellement graves mais rares, et l'accouchement par voie basse avec une complication assez fréquente (l'incontinence) qui ne met pas en jeu le pronostic vital [26].

4.5.3 Prise en charge

Dans le cas où l'IA ne s'améliore pas malgré une bonne participation de la patiente à la rééducation périnéale, la sage-femme doit être le pivot qui oriente vers les professionnels spécialisés. Travailler en réseau est essentiel à cette prise en charge. Cependant, la difficulté peut provenir du manque de spécialistes (gastro-entérologue, proctologue), notamment en dehors des grandes agglomérations.

Lors du recrutement, nous avons laissé une adresse mail ainsi qu'un numéro de téléphone afin que les participantes puissent poser librement des questions sur notre sujet. Une femme a partagé son expérience sur la rééducation du périnée : *« Il me semble qu'il faut préciser que pour ma première grossesse j'ai fait ma rééducation périnéale chez un kiné mais cela a très mal fonctionné avec leurs sondes on ne comprend pas ce qu'il faut faire et surtout ils ne nous explique pas du tout. Pour la deuxième, je l'ai faite avec une sage-femme qui elle explique correctement notre travail à faire avec un schéma de l'intérieur du corps afin de visualiser parfaitement le travail à faire le pourquoi et le résultat, du coup on comprend mieux les exercices et manuellement c'est le mieux. Le résultat est parfait »*. Précisons que nous ne portons pas de jugement qualitatif sur les méthodes de rééducation ou le type de professionnel qui les applique. Ce témoignage nous permet d'aborder l'importance de l'accompagnement des professionnels pour installer un climat de confiance afin que la femme puisse prendre conscience de son corps et de son périnée.

4.6 Propositions et pistes d'amélioration

4.6.1 La prévention par l'information

Nous estimons que l'initiation des femmes contribuera à lever progressivement les tabous autour du périnée et des différentes formes d'incontinence.

Nous avons la possibilité de la faire au cours du suivi de grossesse, pendant les séances de préparation à la naissance, à la maternité, lors des séances de rééducation périnéale et du suivi gynécologique. En s'appuyant sur des schémas simples et des explications à la portée des femmes, nous leur ferons prendre conscience de leur périnée.

Dans cette idée d'éducation, DE GASQUET propose de monter un dossier périnéal concomitant au dossier de suivi de grossesse. Le but étant d'identifier en pré-partum l'existence préalable de désordres périnéaux ou d'une certaine faiblesse périnéale préexistante, mais aussi de sensibiliser les femmes à leur corps [57]. Cette mise en place serait intéressante mais

difficilement réalisable du fait des divers intervenants dans le suivi de la grossesse. De plus, une formation est nécessaire pour la maîtrise de cet outil.

4.6.2 Outils de prévention

L'amélioration de la prise en charge de l'IA passe aussi par la sensibilisation des professionnels de santé à cette réalité.

A cette fin, nous proposons d'intégrer au questionnaire de VPN le tableau du score de Jorge et Wexner (annexe 2) afin de les aider à évaluer le degré d'IA de la patiente.

Nous proposons également des supports d'information sur les troubles périnéaux, sous forme de plaquettes ou d'affiches, mis à disposition des femmes et des professionnels à la maternité, ou encore de sites internet consultables par tous. Ceux-ci contiendraient des indications sur les symptômes de chaque trouble, la prise en charge et les traitements possibles, en insistant sur la nécessité de consulter et d'en parler lorsqu'ils apparaissent.

Ainsi ces propositions pourraient à la fois permettre aux professionnels d'aborder plus aisément ces troubles et de mettre en confiance les patientes pour en parler.

4.6.3 Formation initiale

Nous proposons d'intégrer à la formation initiale des sages-femmes une unité d'enseignement (UE) optionnelle portant sur la rééducation du périnée. Les intervenants seraient des sages-femmes ou des kinésithérapeutes spécialistes dans diverses techniques comme la rééducation manuelle, le biofeedback, l'électro-stimulation ou d'autres méthodes alternatives comme le yoga.

La formation sur une ou deux journées reprendrait les bases anatomiques du périnée et les atteintes possibles de celui-ci en pré et post-partum. Les étudiants apprendraient à mener un interrogatoire complet, à l'aide de mise en situation, et à expliquer la rééducation périnéale à la patiente. Ils seraient formés au diagnostic clinique (testing, verrouillage à l'effort, examen neurologique du périnée) et aux principales méthodes qui leur seraient présentées de manière théorique. Le partage d'expériences sur des cas marquants rencontrés par l'intervenant dans sa pratique, ou par les étudiants en stage, permettrait de sensibiliser le groupe sur la prise en charge des troubles périnéaux pendant la grossesse et dans le post-partum.

La formation pratique pour ces techniques serait intéressante mais non envisageable. En effet, cela sous entendrait que les étudiants effectuent les exercices entre eux ou que l'école rémunère

des personnes. Cette UE optionnelle resterait donc théorique et serait proposée en Master 1 de Maïeutique. L'étudiant pourrait alors mettre en pratique ses connaissances lors du stage auprès d'une sage-femme libérale, devenu obligatoire en Master 2 de Maïeutique.

CONCLUSION

Ce mémoire nous donne un aperçu de la situation actuelle.

Nous mettons en évidence que 10 % de la population étudiée a été atteinte par ce problème. L'antécédent d'incontinence anale, le périmètre céphalique ainsi que le poids de naissance des enfants sont significativement liés au risque d'incontinence anale en post-partum. Cette étude permet également d'observer une disparité d'informations et de connaissances entre l'incontinence anale et l'incontinence urinaire.

Les renseignements dispensés par les professionnels concernant l'incontinence anale sont rares, même lors de la visite post-natale et des séances de rééducations périnéales qui sont pourtant des étapes clés de sa prise en charge. Il semble que les sages-femmes abordent et recueillent la révélation de ces anomalies plus souvent que les autres professionnels de santé, quel que soit le moment de la grossesse ou du post-partum.

L'éducation des femmes à propos de leur corps est essentielle pour lever les tabous. Aussi, les participantes de notre étude sont pour une grande partie demandeuses d'explications sur l'incontinence anale et aimeraient en recevoir avant l'apparition des symptômes. Dans ce but, nous proposons de diffuser des supports d'informations sur les troubles périnéaux (plaquettes, affiches, site internet).

L'amélioration de la prise en charge de l'incontinence anale passe aussi par la sensibilisation des professionnels de santé. L'utilisation d'un outil tel que le Tableau de Jorge et Wexner permettrait d'en faciliter le dépistage. Enfin, une unité d'enseignement optionnelle sur la rééducation périnéale, destinée aux étudiants sages-femmes, permettrait de les former à l'information et à la prise en charge des troubles périnéaux lors de la grossesse et du post-partum.

L'incontinence anale mérite que l'on s'y intéresse du fait des conséquences de l'isolement social qu'elle peut entraîner. Dans notre étude, 68 % des patientes atteintes se sont senties affectées dans leur vie sociale, familiale ou intime. L'incontinence anale n'est donc pas à négliger et doit occuper une place plus importante et systématique dans le discours médical et personnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin. UVMaF [En ligne]. 2011 [consulté le 3 Juillet 2014].
Disponible : <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-perinee.pdf>
2. Université de picardie. Muscles et facias du bassin. INES [En ligne]. [Consulté le 3 Juillet 2014]. Disponible : http://coursenligne.u-picardie.fr/ines/foadF/paes/10291/Muscles_et_fascias_du_bassin.pdf
3. Chaffanjon P. Rectum et canal anal. Université Joseph Fourier de Grenoble [En ligne]. 2010 [consulté le 3 Juillet 2014]. Disponible : http://www.uvp5.univ-paris5.fr/WIKINU/docvideos/Grenoble_1011/chaffanjon_philippe/chaffanjon_philippe_p20/c_haffanjon_philippe_p20.pdf
4. Leroi A-M, Le Normand L. Physiologie de l'appareil sphinctérien urinaire et anal pour la continence. Association Française d'Urologie [En ligne]. 2005 [consulté le 30 Septembre 2014] Disponible : <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/physiologie-de-lappareil-sphincterien-urinaire-et-anal-pour-la-continence.html>
5. Atienza P. Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement. CNGOF [En ligne]. 1999 [consulté le 30 septembre 2014]; 97-110. Disponible : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/99_097.PDF
6. Bensalem M, Sakhri N, Saidani K, et al. Incontinence anale et constipation. Service de gastroentérologie HCA [En ligne]. 2010 [consulté le 5 octobre 2014] Disponible : <http://www.sahge.org/congres/3JFCT/Seance3/bensalem%20%20IA.pdf>
7. Petit P. Proctologie au féminin. Cours Sage-femme. CHU-Nantes. 2012.
8. Faucheron J-L. Incontinence anale. La presse médicale [En ligne]. 2008 [consulté le 5 octobre 2014] Disponible : <http://www.em-consulte.com/article/185193/figures/incontinence-anale>
DOI : 10.1016
9. Damon H, Guye O, Seigneurin A et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality of life. Gastroenterol Clin Biol [en ligne]. 2006 [consulté le 5 octobre 2014] ; 30(1):37-43. Disponible : <http://www.em-consulte.com/article/100310/alertePM>
10. Nelson, RL Epidemiology of fecal incontinence. Gastroenterology [En ligne]. 2004 [consulté le 5 octobre 2014]; 126. Spl. 1: S3-7. Disponible : [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(03\)01558-0/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(03)01558-0/fulltext)
DOI : <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2003.10.010>

11. Pretlove SJ, Radley S, Toozs-Hobson PM, et al. Prevalence of anal incontinence according to age and gender : A systematic review and meta-regression analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [En ligne]. 2006 [consulté le 5 octobre 2014]; 17 (4): 407-17. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16572280>
12. Abramowitz L. Traumatisme anal chez la parturiente. *EMC Gynécologie* [En ligne]. 2007. [consulté le 5 octobre 2014]; 1064 (7): 45452-4. Disponible : <http://www.em-consulte.com/article/60965/traumatisme-anal-chez-la-parturiente>
DOI : 10.1016
13. MacArthur C, Bick DE, Keighley MR . Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* [En ligne]. 1997 [consulté le 5 octobre 2014]; 104(1):46-50. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8988696>
14. Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and post partum : incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol* [En ligne]. 2010 [consulté le 5 octobre 2014]; 115(3):618-28. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20177295>
15. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Dépistage et prévention des troubles périnéosphinctériens. *UVMaF* [En ligne]. 2011 [consulté le 5 octobre 2014]. Disponible : <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-troublesperineo.pdf>
16. Sultan AH, Kamm MA, Christopher N et al. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *Eng J Med* [En ligne]. 1993 [consulté le 5 octobre 2014]; 329: 1905-1911. Disponible : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199312233292601>
DOI: 10,1056
17. Snook SJ, Setchell M, Swash M et al. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* [En ligne]. 1984 [consulté le 5 octobre 2014]; 2(8402):546-50. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6147604>
18. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al. Third degree obstetric anal sphincter tears : risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* [En ligne]. 1994 [consulté le 5 octobre 2014]; 308 (6933):887-891. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2539832/>
19. De Tayrac R, Faruel Fosse H, Langer B et al. Recommandation pour la pratique clinique : l'épisiotomie. *CNGOF* [En ligne]. 2005 [consulté le 5 octobre 2014]. Disponible : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
20. Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique [En ligne]. 2004 [consulté le 5 octobre 2014]. Disponible : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_maillet.pdf

21. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery ? Results of a prospective study. *Colon Rectum* [En ligne]. 2000 [consulté le 5 octobre 2014]; 43(5):590-6. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1082641622>.
22. Fritel X. Périnée et grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* [En ligne]. 2010 [consulté le 5 octobre 2014].
Disponible : <https://hal.archives-ouvertes.fr/inserm-00486397/document>
23. Lehur P-A, Meurette G. Chirurgie de l'incontinence anale de l'adulte. *EM consulte* [En ligne]. 2008 [consulté le 5 octobre 2014].
Disponible : <http://www.em-consulte.com/article/188495/chirurgie-de-l-incontinence-anale-de-l-adulte>
DOI : 10.1016/S0246-0424(08)43060-1
24. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg* [En ligne]. 2003 [consulté le 5 octobre 2014]; 90(11):1333-7. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14598410>
25. Sultan AH. The role of anal endosonography in obstetrics. *Ultrasound Obstet Gynecol* [En ligne]. 2003 [consulté le 5 octobre 2014]; 22:559-60.
Disponible : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.947/full>
DOI: 10.1002/uog.947
26. L, Abramowitz. Complications anales durant la grossesse et le post partum. *Post-U* [En ligne]. 2014 [consulté le 20 novembre 2014]
Disponible : http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2014/17_Abramowitz_1_614_v1.pdf
27. Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T. Development of the maternal anal canal during pregnancy and the postpartum period: a longitudinal and functional ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol* [En ligne]. 2012 [consulté le 20 novembre 2014]; 39(6):690-7.
Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22253200>
DOI : 10.1002/uog.11104
28. De Parades V, Etienney I, Thabut D et al. Anal sphincter injury after forceps delivery: myth or reality? A prospective ultrasound study of 93 females. *Dis colon rectum* [En ligne]. 2004 [consulté le 20 novembre 2014]; 47(1):24-34. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14719147>
29. Simon Toulza C. Conséquences fonctionnelles ano-rectales du premier accouchement par voie vaginale, impact des spatules de Thierry : étude prospective à propos de 643 patientes. [Thèse] Toulouse. Université Paul Sabatier, Toulouse ; 2007. 87p.
Disponible : <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=121788822&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E178cb26a-484,I250,B341720009+,SY,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R88.122.44.68,FN>

30. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK et al. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *PMC* [En ligne]. 2000 [consulté le 20 novembre 2014]; 320(7227): 86–90. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27253/>
31. Samarasekera DN, Bekhit MT, Preston JP. Risk factors for anal sphincter disruption during child birth. *Springer* [En ligne]. 2008 [consulté le 20 novembre 2014]; 394(3):535-538. Disponible : <http://link.springer.com/article/10.1007/s00423-008-0441-0?no-access=true>
32. Coombs A, Robertson PA, Laros RK Jr. Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* [En ligne]. 1990 [consulté le 20 novembre 2014]; 163(1):100-4. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2375331>
33. Fynes M, Donnelly V, Behan M et al. Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence : a prospective study. *Lancet* [En ligne]. 1999 [consulté le 20 novembre 2014]; 354(9183):983-6. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10501360>
34. Abramowitz L, Batallan A. Lésions anales neurosphinctériennes induites par l'accouchement. *Springer Link* [En ligne]. 2005 [consulté le 20 novembre 2014]; 245-250. Disponible : http://link.springer.com/chapter/10.1007/2-287-27807-9_27
DOI : 10.1007/2-287-27807-9_27
35. Badiou W. L'allongement de la seconde phase de travail est-il un facteurs de risque indépendant d'incontinence anale du post-partum ? [Thèse]. Tour; 2008. 152 p. Disponible : <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=130327530>
36. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour : prospective study before and after childbirth. *Br J obstet Gynaecol* [En ligne]. 1994 [consulté le 20 novembre 2014]; 101(1):22-8. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8297863>
37. Andrews V, Sultan AH, Thakar R et al. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study [En ligne]. 2006 [consulté le 20 novembre 2014]; 33 (2):117-22. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16732776>
38. Zetterstrom JP, López A, Anzén B et al. Anal incontinence after vaginal delivery : a prospective study in primiparous women. *Br J Obstet Gynaecol* [En ligne]. 1999 [consulté le 20 novembre 2014]; 106(4):324-30. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10426238>
39. Donnelly V, Fynes M, Campbell D et al. Obstetric evets leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* [En ligne]. 1998 [consulté le 20 novembre 2014]; 92(6):955-61. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9840557>
40. Chaliha C, Sultan AH, Bland JM. Anal function : effect of pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* [En ligne]. 2001 [consulté le 20 novembre 2014]; 185(2):427-32. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11518904>

41. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. La visite post-natale. UVMaF [En ligne]. 2011 [consulté le 20 novembre 2014]. Disponible : <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-visitepostnatale.pdf>
42. LEHUR P-A. Incontinence anale de l'adulte : recommandations pour la pratique clinique. Synthèse et recommandations. Société Nationale Française de Colo-Proctologie [En ligne]. [consulté le 30 Septembre 2014].
Disponible : <http://www.snfcp.org/data/Modulegestiondecontenu/02-bibliotheque/0b-enseignement/diu/110.asp>
43. Roux O. Incontinence anale (Seminaire DES). [En ligne]. 2010 [consulté le 30 Septembre 2014].
Disponible : http://hepatoweb.com/DES/exposes/DES_12022010_ATIENZA/ROUX.pdf
44. Touchais O. Traitement médical de l'incontinence anale [Mémoire]. Rouen. Académie nationale de chirurgie. 2005, [consulté le 30 Septembre 2014] ; 4 (2) : 25-27.
Disponible : http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2005_4_2_25x27.pdf
45. Damon H, Siproudhis L, Faucheron JL et al. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence : A multicentre randomized study. Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver. Dig Liver Dis [En ligne]. 2014 [consulté le 30 Septembre 2014] ; 46(3):237-42. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24444704>
DOI : 10.1016/j.dld.2013.11.002
46. Vaizey C.J, Kamm MA, Turner IC et al. Effects of short term sacral nerve stimulation on anal and rectal function in : Patients with anal incontinence. Gut [En ligne]. 1999 [consulté le 30 Septembre 2014] ; 44(3):407-12.
Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10026329>
47. Jarret M, Dudding T, Nicholls RJ et al. Sacral nerve stimulation for fecal incontinence related to obstetric anal sphincter damage. Dis Colon Rectum [En ligne]. 2008 [consulté le 30 Septembre 2014] ; 51(5):531-7. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18301948>
DOI : 10.1007/s10350-008-9199-2
48. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF et al. Long term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. Lancet [En ligne]. 2000 [consulté le 30 Septembre 2014] ; 355(9200):260-5. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10675072>
49. Hopitaux universitaires est parisiens. Traitement de l'incotinenace anale. Service de chirurgie générale et digestive [En ligne]. c 08/2011[consulté le 19 novembre 2014].
Disponible : <http://chirurgie-digestive-sat.aphp.fr/chirurgie/traitement-de-lincontinence-anale/>
50. Tonneau H, Branger B, Chauvin F et al. Le périnée, qu'en savent les femmes ? [Mémoire]. Rennes. Elseiver Masson ; 2005. 109 p. Disponible : <http://www.em-consulte.com/article/84887/article/le-perinee-qu-en-savent-les-femmes>

51. Clautrier A. L'incontinence anal en post-partum: état des lieux des connaissances des professionnels de santé [Mémoire]. Clermont-Ferrand ; 2013. Disponible : <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=174202210>
52. Services des recommandations professionnelles. Rééducation dans le cadre du post partum. ANAES [En ligne]. 2002 [consulté le 11 novembre 2014]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos_finales_post_partum_2006.pdf
53. Vivenot C. Rééducation périnéale du post partum : observance de la prescription [Mémoire]. Anceny ; 2010. Disponible : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2010_VIVENOT_CLAIRE.pdf
54. La rééducation du post-partum. INPES [En ligne]. 2010 [consulté le 21 Décembre 2014]. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3r.pdf>
55. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Étude de l'accouchement en présentation du sommet : l'accouchement (troisième temps de la deuxième étape du travail). UvMaF [En ligne]. 2011 [Mise à jour le 01 mars 2011 ; consulté le 21 Décembre 2014]. Disponible : <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/accouchement/site/html/2.html>
56. Andrews V, Sultan AH, Thakar R et al. Occult anal sphincter injuries—myth or reality ? BJOG [En ligne]. 2006 [consulté le 21 Décembre 2014]; 113 (2): 195-200. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16411998>
57. Apor De Gasquet B. Formation dossier périnéale. Institut de Gasquet [En ligne]. c2011 [consulté le 21 Décembre 2014];. Disponible : <http://www.degasquet.com/?q=page/formation-dossier-p%C3%A9rin%C3%A9al>

ANNEXES

Annexes 1 : Tableau de classifications des déchirures périnéales [19] [20]

Lésions (se surajoutent)	Classification anglo-saxonne	Classification française
Déchirure périnéale simple <ul style="list-style-type: none"> - Vagin, vulve, peau - centre tendineux du périnée, muscle 	1 ^{er} 2 ^{ème} degré	1 ^{er} degré
Déchirure périnéale incomplète Sphincter anal externe : moins de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe	3 ^{ème} degré : IIIa	2 ^{ème} degré Périnée complet non compliqué
Déchirure périnéale complète : <ul style="list-style-type: none"> - Plus de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe atteinte - Déchirure complète du sphincter anal externe et du sphincter anal interne sans atteinte de la muqueuse rectale 	3 ^{ème} degré : IIIb 3 ^{ème} degré : IIIc	
Déchirure périnéale complète compliquée : muqueuse ano-rectale	4 ^{ème} degré	3 ^{ème} degré Périnée complet compliqué

Annexe 2 : Score de Jorge et Wexner [26]

Fréquence des pertes	Jamais	< 1/mois	< 1/sem et ≥ 1/mois	< 1/jour et ≥ 1/sem	≥ 1/jour
Solide	0	1	2	3	4
Liquide	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Protection	0	1	2	3	4
Altération de la qualité de vie	0	1	2	3	4

Annexe 3 : Parturientes chez qui l'on peut discuter un accouchement par césarienne pour préserver l'anus [26].

- Antécédent de chirurgie colo-proctologique (pour incontinence anale, malformation ano-rectale, anastomose iléo-anale ou iléo-rectale, fistulotomie, sphinctérotomie...).
- Antécédent de lésion ano-périnéale sévère de maladie de Crohn.
- Incontinence anale avérée.
- Antécédent de pathologie neurologique touchant le périnée.
- Secondipare avec :
 - premier accouchement traumatique (forceps associés à une rupture sphinctérienne (diagnostiquée par écho anale), déchirure du périnée (≥ stade 2), incontinence anale transitoire du post-partum) ;
 - rupture sphinctérienne significative à l'échographie endo-anale.
- Demande d'une parturiente ayant eu un premier accouchement traumatique et informée des risques et bénéfices des différentes modalités d'accouchement.

Etude sur les troubles de la continence anale :

Madame,

Actuellement étudiante Sage-femme à Nantes, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les troubles de la continence anale après l'accouchement. Le but de cette étude est de savoir si les femmes ayant accouché au CHU de Nantes sont bien informées et dépistées sur ce sujet.

Je me permets donc de vous solliciter pour remplir le questionnaire qui vous sera envoyé par mail dans environ 8 semaines.

Aucune information personnelle n'apparaîtra dans les résultats, et le feuillet contenant votre adresse e-mail ainsi que le numéro de téléphone sera détruit dès que les réponses seront enregistrées.

Si une question n'est pas claire, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone plutôt que de laisser la question sans réponse afin que mon étude soit la plus complète possible.

Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Mathilde GRATEAU
Étudiante Sage-femme
CHU de NANTES

Mail : mathildegateau@gmail.com

Tel : 06.59.09.13.23

✂-----

Votre participation à cette étude est libre et anonyme, pour cela il vous suffit de renseigner :

- votre **adresse mail** : _____
- votre **numéro de téléphone** : _____ (si vous ne désirez pas être contactée par mail)
- **votre signature**

Annexe 5 : Questionnaire recrutement en suites de couches

**Questionnaire sur les troubles de la continence anale après
l'accouchement**

Ce questionnaire n'est pas anonyme pour me permettre de réunir cette première partie avec le deuxième questionnaire qui vous sera envoyé dans 8 à 10 semaines.
L'analyse des résultats sera strictement anonyme.

1-Généralités :

Nom..... Prénom.....

Date de naissance/...../.....

Votre taille (en centimètres).....

Votre poids (en kilogrammes).....

Date prévue de l'accouchement ? (jour/mois/année)/...../.....

Date de l'accouchement ? (jour/mois/années)...../...../.....

Nombre d'accouchement(s) (y compris celui-ci) ?.....

2-Pour cet accouchement :

Poids de naissance de votre enfant ? (en grammes).....

Sexe de l'enfant : 1- Garçon 2- Fille

Taille (en cm) :

Périmètre céphalique (en cm) :

Présentation : 1- céphalique (par la tête) 2- Siège (par les fesses)

Vous avez accouché par :

1- Voie basse 2- Césarienne en urgence (après le début des contractions)

3- Césarienne programmée (avant le début des contractions)

Avez-vous eu lors de l'accouchement :

➤ Une aide instrumentale ?

0- Aucune 1- Forceps 2- Ventouse 3- Spatules 8- plusieurs instruments

➤ Une déchirure ou une épisiotomie ?

0- Aucun point de suture 1- Déchirure 2- Episiotomie

8- Les deux (déchirure et épisiotomie)

Si déchirure(s) ou épisiotomie(s) préciser le degré

1- 1er 2- 2ème 3- 3ème 4- 4ème

Durée des efforts expulsifs (en minutes) :

3- Accouchements précédents :

Poids de naissance de votre ou de vos enfant(s) (en grammes) :

1er 2ème 3ème 4ème..... 5ème.....

Voies d'accouchement pour chaque enfant : (1 = Voie basse 2= Césarienne en urgence 3=Césarienne programmée)

1er 2ème 3ème 4ème..... 5ème.....

Pour votre ou vos accouchement(s) précédent(s) avez-vous eu :

- Instrument(s) : (0=aucun ; 1=forceps ; 2= ventouse ; 3=spatules ; 8=plusieurs)

1er 2ème 3ème 4ème..... 5ème.....

- Périnée : (0=aucun point de suture ; 1=déchirure ; 2=épisiotomie ; 8=déchirure et épisiotomie)

1er 2ème 3ème 4ème..... 5ème.....

Si déchirure(s) ou épisiotomie(s) préciser le degré : (1=1er degré ; 2=2ème degré ; 3=3ème degré ; 4=4ème degré)

1er 2ème 3ème 4ème..... 5ème.....

4- Antécédents :

Avez-vous déjà eu une opération de l'anus et/ou du rectum ?

1- Oui 0- Non

Avez-vous une Maladie de Crohn ? (Maladie inflammatoire chronique intestinale)

1- Oui 0- Non

Avez-vous un diabète de type 1 ou 2 ? (Le diabète gestationnel n'est pas un diabète de type 1 ou 2)

1- Oui 0- Non

5- Transit :

Etes-vous sujette à la constipation ?

(Selles dures, avec difficulté d'évacuation, et moins de 3 selles par semaines)

0- Jamais 1- Tout le temps 2- Souvent 3- Peu fréquent

Etes-vous sujette aux diarrhées ?

(Selles liquides ou molles, plus de 3 fois par jour)

0- Jamais 1- Tout le temps 2- Souvent 3- Peu fréquent

Annexe 6 : Information Mail

Bonjour,

Il y a 2 mois, je vous ai sollicitée à la maternité pour participer à une étude sur les troubles de la continence anale, survenant après un accouchement. Le but, est de savoir si vous êtes informée sur ces troubles et si cette question a été abordée pendant la grossesse et/ou après votre accouchement.

Je vous envoie donc par le lien ci-dessous ce questionnaire qui ne prend que quelques minutes à remplir :

<https://docs.google.com/forms/d/1p8OWBVIwx4QS8NBuH9X9Nwaw63OYcPyv89KbXlswJNY/viewform>

Après avoir répondu à la dernière question, n'oubliez pas de cliquer sur la case "envoyer" et d'attendre que le message "Votre réponse a bien été enregistrée" s'affiche.

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le questionnaire, n'hésitez pas à me le signaler par mail : mathildegateau@gmail.com.

Merci de votre participation !

Mathilde GRATEAU
Etudiante Sage-femme
CHU de NANTES

PS : Ne remplissez pas le questionnaire à partir de votre téléphone portable car cela ne fonctionne pas. Par contre, il n'y a pas de problème à partir d'un ordinateur.

Questionnaire sur les troubles de la continence anale après l'accouchement

Les troubles de la continence anale (ou incontinence anale) se définissent comme l'émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou de selles solides. Ils peuvent survenir après un accouchement dans environ 10% des cas, mais régressent le plus souvent dans les mois qui suivent l'accouchement. Le but de ce questionnaire est de savoir si les femmes ayant accouché au CHU de Nantes sont informées et dépistées sur ce sujet.

***Obligatoire**

Partie 1 : Généralités

Ce questionnaire n'est pas anonyme pour permettre de compléter les données recueillies lors de la première rencontre. L'analyse des résultats sera strictement anonyme.

1-Nom *

2-Prénom *

3-Date de naissance * / /

Partie 2 : Avant la grossesse

En dehors de votre ou de vos grossesses et des suites de votre ou de vos accouchements

1-a) Vous a-t-on déjà parlé des troubles de la continence anale ou fécale qui peuvent survenir après un accouchement ?*

Oui

Non

1-b) Si oui, qui vous en a parlé ?

(Plusieurs réponses possibles)

Gynécologue-obstétricien

Médecin généraliste

Sage-femme

Autres professionnels de santé

Des proches (Famille, amis, collègues)

Télévision ou autres médias (livre, journal, internet...)

2-a) Vous a-t-on déjà parlé des troubles de la continence urinaire (fuites d'urine involontaires aux rires, toux, effort..) qui peuvent survenir pendant la grossesse et après l'accouchement ?*

Oui

Non

2-b) Si oui, qui vous en a parlé ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Gynécologue-obstétricien
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Autres professionnels de santé
- Des proches (Famille, amis, collègues)
- Télévision ou autres médias (livre, journal, internet...)

Si vous n'avez accouché qu'une seule fois veuillez passer directement à la partie 4 du questionnaire : "suivi de la grossesse (2013-2014)"

Partie 3 : Accouchement(s) précédent(s)

Les questions suivantes concernent les suites de votre ou de vos accouchements précédents. Cette partie n'inclut pas votre grossesse 2013-2014 et votre accouchement 2014.

1-a) Avez-vous eu des signes de troubles de la continence anale après votre ou vos accouchements ?
(émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou de selles solides)

Si la réponse est "Non" vous pouvez passer directement à la question 3-a qui concerne la rééducation périnéale

- Oui
- Non

1-b) Pour quel(s) accouchement(s) ?

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème

1-c) Quel(s) type(s) de trouble(s) avez-vous eu ?

- Emissions involontaires de gaz
- Emissions involontaires de selles liquides
- Emissions involontaires de selles solides

1-d) Quand sont apparus ces troubles après l'accouchement* ?

***Le premier accouchement avec apparition de symptômes**

- Quelques jours après
- Quelques semaines après
- Quelques mois après
- Plus d'un an après

1-e) Combien de temps ont duré ces troubles ?

- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- Moins de 6 mois
- Moins d'un an
- Plus d'un an
- Ils sont toujours présents

1-f) Quand sont apparus ces troubles après le second accouchement* ?

***Le second accouchement avec apparition de symptômes**

- Quelques jours après
- Quelques semaines après
- Quelques mois après
- Plus d'un an après

1-g) Combien de temps ont duré ces troubles ?

- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- Moins de 6 mois
- Moins d'un an
- Plus d'un an
- Ils sont toujours présents

2-a) Avez-vous consulté suite à ces troubles ?

Si la réponse est "Non", vous pouvez passer directement à la question 2-f

- Oui
- Non

2-b) Si oui, pour quel(s) accouchement(s) ?

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème

2-c) Si oui, combien de temps après le début des troubles ?

- Immédiatement
- >1 semaine
- >1 mois
- > 6 mois
- >1 an

2-d) Si oui, chez quel(s) professionnel(s) de santé ?

- Gastro-entérologue
- Gynécologue-obstétricien
- Médecin généraliste
- Proctologue
- Sage-femme

2-e) Si oui, que vous a-t-il prescrit ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Médicaments
- Rééducation périnéale
- Rééducation spécifique de l'anus
- Examens complémentaires (échographie...)
- Chirurgie de réparation de l'anus
- Aucune prescription

2-f) Si non, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas consulté ?

- Honte
- Pudeur
- Difficulté pour aborder le sujet
- Cela ne vous a pas gêné au point de consulter ou d'en parler

3-a) Avez-vous fait la rééducation périnéale ? (La rééducation périnéale commence le plus souvent après la visite post natale, elle est faite par une sage-femme (parfois par un kiné) et permet de remuscler le périnée à l'aide d'exercices manuels ou d'une sonde)

Si la réponse est "Non" passer directement à la partie 4 : "suivi de la grossesse 2013-2014"

- Oui
- Non

3-b) Pour quel(s) accouchement(s) ?

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème
- Aucun

3-c) Avez-vous ressenti une amélioration après la rééducation périnéale ?

Par exemple : amélioration de la continence urinaire et/ou anale, d'une douleur de cicatrice, du tonus de votre périnée...

Oui

Non

3-d) Si oui, précisez quelle(s) amélioration(s) :

Continence anale

Continence urinaire

Douleur(s)

Tonus

Partie 4 : Suivi de la grossesse 2013-2014

1-a) La question de l'incontinence anale a-t-elle été abordée pendant les consultations de votre grossesse ? *

Oui

Non

1-b) Si oui, par quel(s) professionnel(s) de santé ?

Sage-femme libérale

Sage-femme de maternité

Sage-femme de PMI

Gynécologue-obstétricien de ville

Gynécologue-obstétricien de maternité

Médecin généraliste

2-a) La question de l'incontinence urinaire (fuites d'urine involontaires aux rires, toux, effort...) a-t-elle été abordée pendant les consultations de votre grossesse ? *

Oui

Non

2-b) Si oui, par quel(s) professionnel(s) de santé ?

Sage-femme libérale

Sage-femme de maternité

Sage-femme de PMI

Gynécologue-obstétricien de ville

Gynécologue-obstétricien de maternité

Médecin généraliste

3-a) Avez-vous bénéficié de cours de préparation à la naissance ? *

Si la réponse est "Non", passer directement à la partie 5 : "de l'accouchement à aujourd'hui"

Oui

Non

3-b) La question de l'incontinence anale a-t-elle été abordée pendant ces cours ?

Oui

Non

3-c) La question de l'incontinence urinaire (fuites d'urine involontaires aux rires, toux, effort...) a-t-elle été abordée pendant ces cours ?

Oui

Non

Partie 5 : De l'accouchement à aujourd'hui

1- La question de l'incontinence anale a-t-elle été abordée pendant votre séjour à la maternité ? (en dehors de notre intervention) *

Oui

Non

2- Depuis votre sortie de la maternité êtes-vous constipée ? * (Depuis la reprise de votre transit)

Tout le temps

Souvent

Rarement

Jamais

3- Depuis votre sortie de la maternité avez-vous des diarrhées ? * (Depuis la reprise de votre transit)

Tout le temps

Souvent

Rarement

Jamais

4-a) Etes-vous ou avez-vous été victime d'incontinence anale après cet accouchement ? (Émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou de selles solides) *

Si la réponse est "non" vous pouvez passer directement à la question 5 qui concerne la visite Post-natale.

Oui

Non

4-b) Quel(s) type(s) de trouble(s) avez-vous eu ?

Emissions involontaires de gaz

Emissions involontaires de selles liquides

Emissions involontaires de selles solides

4-c) En combien de temps ces troubles sont-ils apparus après l'accouchement ?

- Moins d'1 semaine
- Moins d'1 mois
- Entre 1 et 2 mois

4-d) Combien de temps ces troubles ont-ils duré ?

- Moins d'1 semaine
- Moins d'1 mois
- Entre 1 et 2 mois
- Ils sont toujours présents

4-e) En avez-vous déjà parlé ?

- Oui
- Non

4-f) Si oui, à qui ? (Plusieurs réponses possibles)

- Proche (famille, amis ...)
- Sage-femme
- Médecin généraliste
- Gynécologue-obstétricien
- Autres professionnels de Santé (Gastro-entérologue ...)

4-g) Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Honte
- Pudeur
- Difficulté pour aborder le sujet
- Cela ne vous a pas gêné au point de consulter ou d'en parler

4-h) Dans quel(s) domaine(s) cette maladie vous a-t-elle affectée ou vous affecte ?

- Vie sociale (collègues, amis...)
- Vie familiale
- Vie intime et sexuelle

5- Chez quel professionnel de santé avez-vous fait votre visite post natale ? *

(Consultation qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement)

- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Sage-femme de la maternité
- Gynécologue-obstétricien de ville
- Gynécologue-obstétricien de la maternité
- Médecin généraliste
- Je n'ai pas fait de visite post natale

6-a) La question de l'incontinence anale a-t-elle été abordée pendant cette consultation ?

Oui

Non

6-b) Si oui, qui a abordé le sujet en premier ?

Le professionnel de santé

Vous-même

7-a) La question de l'incontinence urinaire (fuites d'urine involontaires aux rires, toux, effort...) a-t-elle été abordée pendant cette consultation ?

Oui

Non

7-b) Si oui, qui a abordé le sujet en premier ?

Le professionnel de santé

Vous-même

8-a) Pensez-vous faire la rééducation périnéale ? *

Oui

Non

8-b) Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

Manque de temps

Inutile

Non prescrite

Déjà faite au(x) précédent(s) accouchement(s)

8-c) Si vous avez déjà commencé la rééducation périnéale, quel(s) thème(s) a (ou ont) été abordé(s) pendant les séances avec la sage-femme / kiné ?

Incontinence anale

Incontinence urinaire

Tonus périnéale

Douleur périnéale

Partie 6 : Conclusion

1- Les troubles de la continence anale représentent pour vous une maladie : *

(Plusieurs réponses possibles)

Bénigne

Grave

Contraignante

Tabou

Sans opinion

2-a) Auriez-vous souhaité avoir plus d'informations sur cette pathologie ? *

Oui

Non

2-b) Quand auriez-vous souhaité avoir ces informations ? (Plusieurs réponses possibles)

Avant la grossesse

Pendant la grossesse

Pendant le séjour à la maternité

Après le séjour à la maternité

2-c) Par quel moyen ? (Plusieurs réponses possibles)

Document papier

Professionnel de santé

Site internet spécialisé

Merci pour votre participation !

Annexe 8 : Mail de relance

Bonjour,

Il y a une semaine, je vous ai sollicitée par mail pour participer à une étude sur les troubles de la continence anale, survenant après un accouchement. Le but est de savoir si vous êtes informée sur ces troubles et si cette question a été abordée pendant la grossesse et/ou après votre accouchement.

N'ayant pas reçu votre réponse, je vous renvoie donc par le lien ci-dessous ce questionnaire qui ne prend que quelques minutes à remplir :

<https://docs.google.com/forms/d/1p8OWBVIwx4QS8NBuH9X9Nwaw63OYcPyv89KbXlswJNY/viewform>

Si vous rencontrez des difficultés pour le remplir, n'hésitez pas à me le signaler par mail.

(mathildegrateau@gmail.com)

Après avoir répondu à la dernière question, n'oubliez pas de cliquer sur la case "envoyer" et d'attendre que le message "Votre réponse a bien été enregistrée" s'affiche.

Merci de votre participation !

Mathilde GRATEAU

Etudiante sage-femme

CHU de NANTES

PS : Ne remplissez pas le questionnaire à partir de votre téléphone portable car cela ne fonctionne pas. Par contre, il n'y a pas de problème à partir d'un ordinateur.

Annexe 9 : Sms de relance

Bonjour,

Je suis l'étudiante Sage-femme qui vous a sollicitée au sujet de son mémoire, à la maternité, il y a 2 mois. La semaine dernière, je vous ai envoyé mon questionnaire sur les troubles de la continence anale à l'adresse : adressemail@mail.fr L'avez-vous reçu ? Merci.

Mathilde GRATEAU

Annexe 10 : Sms pour adresse invalide

Bonjour,

Je suis l'étudiante Sage-femme qui vous a sollicitée au sujet de son mémoire sur les troubles de la continence anale à la maternité, il y a 2 mois. Votre adresse mail : adressemail@mail.fr n'est pas valide. Pouvez-vous me la redonner pour que je puisse vous envoyer mon questionnaire.

Merci.

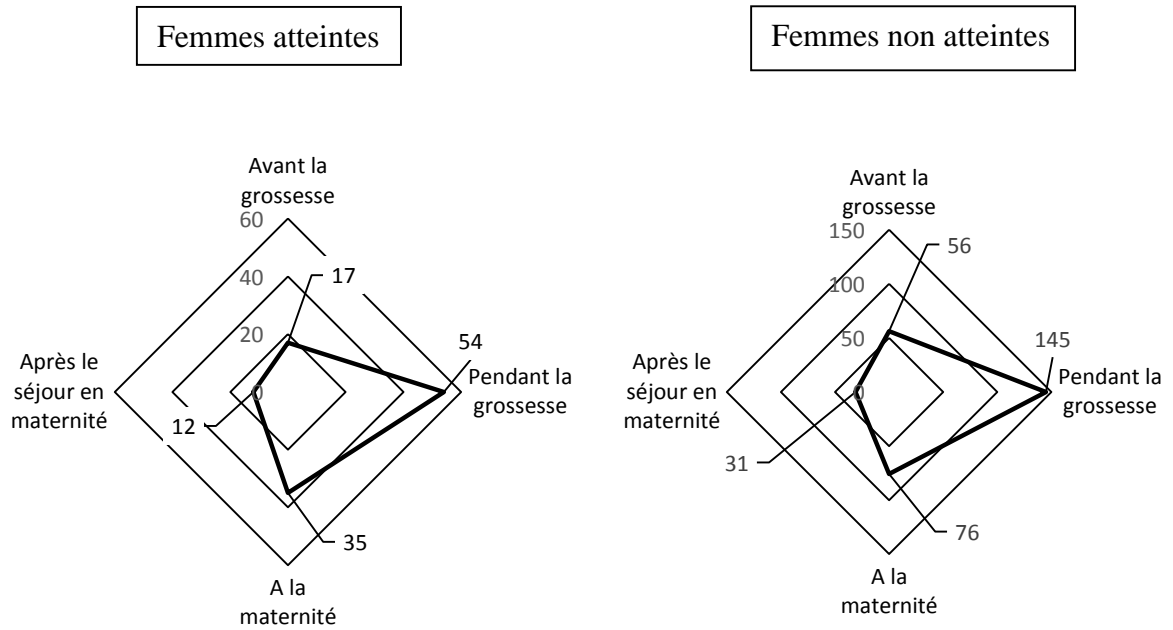
Mathilde GRATEAU

Annexe 11 :

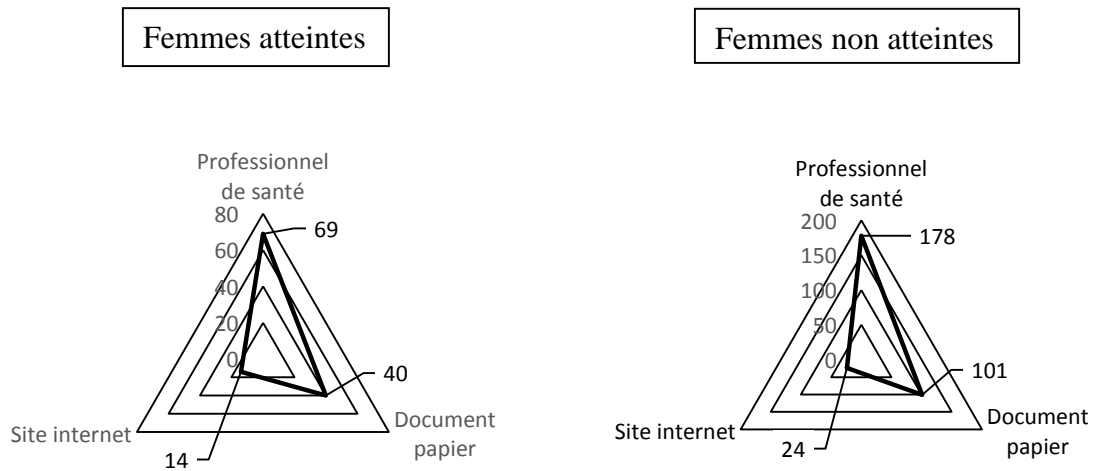
Tableau II : comparaison entre les répondantes et les non répondantes

Variables	Répondantes n=326	Non répondantes n=71	p
Age (ans)	31,2 ± 4,9	28,2 ± 5,6	< 10 ⁻⁵
IMC	23,1 ± 4,6	23,7 ± 4,7	0,3
Accouchement voie basse (%)	281 (86,2)	55 (77,5)	0,08
Primiparité (%)	151 (46,3)	31 (43,7)	0,7
Terme (SA)	39,8 ± 1,1	39,8 ± 1,2	1
Poids de naissance (gr)	3321 ± 441	3275 ± 521	0,5
Périmètre céphalique (cm)	34,1 ± 1,6	34,2 ± 1,8	0,6
Taille (cm)	49 ± 3,8	48,6 ± 5,8	0,2
Périnée intact (%)	131 (40,2)	42 (59,2)	< 0,004
AVB non instrumental (%)	286 (87,7)	65 (91,5)	0,6
Durée des efforts expulsifs (min)	15,1 ± 11,7	13,3 ± 10,2	0,3
Jamais de Constipation (%)	244 (74,8)	52 (73,2)	0,6
Jamais de Diarrhée (%)	311 (95,4)	67 (94,4)	0,3

Annexe 12 : Comparaison de la répartition des femmes atteintes (n=77) et des non atteintes (n=207) selon le moment où elles auraient aimé être informées sur l'IA



Annexe 13 : comparaison de la répartition des femmes atteintes (n=77) ou non atteintes (n=207) selon la façon dont elles auraient aimé être informées sur l'IA.



Sur les 84 femmes atteintes, 56 pensent que c'est une maladie contraignante, sachant que les femmes pouvaient choisir plusieurs propositions.

Sur les 242 femmes non atteintes, 181 pensent que c'est une maladie contraignante, sachant que les femmes pouvaient choisir plusieurs propositions.

Annexe 14 : comparaison de la répartition des opinions selon que les femmes soient atteintes (n=84) ou non (n=242).

Figure : Répartition de l'opinion des femmes sur l'IA.

