

UNIVERSITÉ PARIS-NORD

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY

ANNÉE 1992

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Bernadette de GASQUET-PISTRE

Née le 16 juillet 1946 à Perpignan (66)

Présentée et soutenue publiquement le 18 FEVRIER 1993

**L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LES
MULTIGESTES : CONSTATS ET PROPOSITIONS DE
PRÉVENTION EN PRE, PER, ET POST-PARTUM**

Président de thèse : M. le Pr SANTARELLI

Directeur de thèse : Mme le Dr COTELLE-BERNEDE

Rapporteur de thèse : Mme le Dr HUET

L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LES MULTIGESTES

Constats et propositions de prévention en
pre, per, et post-partum

Enquête auprès de 201 femmes enceintes,
maternité de BAUDELLOCQUE, PARIS

Thèse de Bernadette de Gasquet-Pistre

Directeur de thèse : Mme le Dr Cotelle-Bernède
Faculté de médecine de Bobigny

Novembre 1992

À Thomas, Marine et Laure, mes enfants,

À François,

À toutes les futures mamans de mes cours,
qui m'ont tant appris,

Remerciements :

**M. le Pr Santarelli,
M. le Pr Chavinié,
M. le Pr Zerbib,
Mme le Dr Cotelle-Bernède,
Mme le Dr Conquy,
Mme le Dr Huet.**

Jacques et Sophie, Richard et Nathalie pour leur aide dévouée.

Et tous ceux qui m'ont soutenue et encouragée pendant ces huit années.

L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LES MULTIGESTES

Constats et propositions de prévention en *pre, per, et post-partum*

Enquête auprès de 201 femmes enceintes,
maternité de BAUDELOCQUE, PARIS

HISTORIQUE DE LA THÈSE :

Cette thèse s'inscrit dans un projet de recherche né d'une expérience.

Fin 1973 naissait Thomas, dans un hôpital traditionnel (Hôpital Foch à Suresnes).

Les circonstances ont voulu que cette naissance très attendue se déroule de façon non conventionnelle : pas de préparation pratique, temps de dilatation relativement long (12 h) sans autre intervention que la rupture de la poche des eaux, et surtout fin de travail sans contrôle en raison d'urgences simultanées.

C'est donc de façon tout à fait réflexe que l'enfant est arrivé, dans le lit ; juste le temps de glisser un bassin, pas celui de faire une épisiotomie.

Les suites furent plus classiques, et assez traumatiques pour le bébé (séparation totale, nursing très normatif...).

C'est alors que F. LEBOYER sort son livre « Pour une Naissance sans Violence » qui génère en nous un désir de préparer autrement la deuxième naissance.

Marine naîtra aux LILAS (rue du Coq Français) en 1976, avec découverte de la préparation à l'accouchement.

La manière dont est enseignée la poussée, la respiration « anti-douleur » (petit chien) ne correspondent en rien aux attitudes spontanées de la première expérience. De là commence un questionnement...

Les soirées du G.R.E.N.N. (groupe de recherche et d'études sur le nouveau né) permettent la visualisation de films sur la naissance en Guinée, en Amérique du Sud..., et confirment que le « petit chien » et le « bloquez-poussez » ne sont pas physiologiques mais conditionnés et liés à la fois à une culture, une position, un rythme tout-à-fait arbitraires.

Par ailleurs, la pratique du Yoga, à titre personnel jusque-là, impliquait aussi une remise en cause des propositions obstétricales en matière de respiration.

Trouvant quelques échos auprès de certains obstétriciens – plus particulièrement Mme Canon-Yannotti à Beaudelocque, M. Yannotti à Châtenay-Malabry, M. Belaiche à Montpellier – nous avons donc en 1978 commencé un travail avec des femmes enceintes et des couples, en particulier à la maternité des Vallées, à Châtenay-Malabry.

Ce travail est venu s'enrichir de rencontres et de pratiques : rencontre avec A. Boursier dès 1981, avec O. Cotelle, travail du chant avec F. Leboyer, haptonomie avec F. Weldmann, en tant que premier « cobaye » en France, lors de notre troisième grossesse en 1980.

Tout cela ne faisait que renforcer notre désir d'aller plus loin, d'analyser, de comprendre.

C'est ainsi que fut prise notre décision de faire des études médicales, sans pour autant renoncer au travail avec les futurs parents.

Au terme de ces huit années de formation théorique et de ces 15 années de travail empirique, il restait à vérifier que nos « hypothèses » étaient confirmées et puissent trouver un fondement anatomo-physiologique.

L'enquête présentée ici a servi de support à cette exploitation.

INTRODUCTION :

De par son histoire, la médecine occidentale s'est depuis peu intéressée à la FONCTION PÉRINÉALE, à sa protection et sa restauration.

La chirurgie de réparation a été la première réponse. Jusqu'en 1984, l'épisiotomie était la seule proposition faite au cours de l'accouchement. C'est alors que la rééducation périnéale a été mise à l'honneur, tandis que l'éducation n'était toujours pas abordée.

En fait le périnée, zone « honteuse », reste un tabou culturel chez nous. Au contraire, certaines civilisations intègrent totalement ce groupe musculaire dans l'éducation physique, dès le plus jeune âge et dans les deux sexes, dans un but d'éducation amoureuse (et non seulement sexuelle), mais aussi dans une approche énergétique de la santé (TAO de l'art d'aimer, TANTRA YOGA) (6)(14).

En Europe, et pour la première fois, dans les années 1945, A.H. KEGEL (28) met au point un appareil de mesure du tonus pelvien, le périnéomètre. Il décrit aussi les exercices de contraction, dans l'optique de thérapies sexuelles.

Dans les années 1980, des obstétriciens, dont A. PIGNÉ (1) à la maternité SAINT-ANTOINE, à PARIS, des urologues, des neurologues, des médecins comme O. COTELLE (8)(9), et des kinésithérapeutes comme A. BOURCIER (4) développent la recherche tant au niveau étiologique, qu'épidémiologique et thérapeutique. On commence alors à entrevoir l'ampleur d'un problème pudiquement caché par les femmes, peu recherché par les médecins et – en particulier – par les accoucheurs.

La société POLIVEX, qui crée une fondation sur l'incontinence, lance en 1984 une campagne d'information sous forme de dépliants distribués en pharmacie. Elle y avance des chiffres accablants : le nombre de protections achetées permet d'évaluer à 350 000 les personnes âgées ou handicapées utilisatrices... et à 1 000 000 les jeunes femmes après accouchement. O. COTELLE, dans sa thèse, signale 4 000 000 de femmes concernées en France.

La polémique qui oppose les sages-femmes et les kinésithérapeutes quant à leur légitimité par rapport à la rééducation périnéale, l'interdiction faite aux kinésithérapeutes de faire des touchers vaginaux, retarde la mise en place des pratiques de rééducation. La formation n'est par ailleurs, toujours pas codifiée.

Les ordonnances sont souvent systématiques, sans véritable bilan ; la prescription antinomique de rééducation abdomino-périnéale révèle la méconnaissance de la physiologie à ce niveau.

Il semblerait que beaucoup de progrès restent à faire, à tous niveaux : éducation, information, prévention, thérapeutique.

On a voulu se rassurer et croire que les pessaires étaient synonymes de pratiques obstétricales archaïques et de grande multiparité. Il n'est pas prouvé que le traumatisme obstétrical soit moindre aujourd'hui, dès le premier enfant, et que nous ne nous laissions pas rassurer trop vite par l'absence de symptômes dans les suites proches d'un premier accouchement.

OBJECTIFS DE LA THÈSE :

Cette thèse a donc plusieurs objectifs, d'ambitions croissantes.

1. Le premier objectif est descriptif

Afin de concrétiser le matériel informel recueilli dans les groupes de préparation à la naissance, nous avons réalisé une enquête systématique auprès de 201 femmes venant en consultation prénatale pour une deuxième, troisième grossesse et au-delà, à la maternité de Beudelocque (Paris).

Les résultats de l'enquête se révéleront être en accord avec les témoignages spontanés ; seul le taux d'expression semble particulièrement élevé à Beudelocque.

Les constats ont été présentés selon deux axes :

- Par rapport à l'incontinence urinaire d'effort
 - fréquence du problème après la première grossesse (variété des moments de survenue)
 - incidence au cours de la deuxième grossesse

- Par rapport aux pratiques et réalités obstétricales
 - les préparations à l'accouchement (taux de participation, préparation périnéale)
 - les modalités d'accouchement
 - accouchements normaux (péridurales, épisiotomies, expression, type et durée de la poussée)
 - accouchements dystociques (césariennes, forceps avec ou sans efforts expulsifs)
 - les suites de couches
 - rééducation périnéale précoce, travail personnel périnéal
 - rééducations par sages-femmes ou kinésithérapeutes, type de rééducation, testing périnéal préalable...

2. Le deuxième objectif est explicatif

Nous avons testé sur cette population les facteurs de risques et de protection habituellement cités dans la littérature, quant à l'incontinence urinaire d'effort liée à l'accouchement.

L'analyse des résultats nous amène à nous interroger sur la pertinence des pratiques actuelles. Elle confirme l'absence de corrélation entre l'incontinence urinaire d'effort et chacun des facteurs de risque pris isolément, et ceci en accord avec la littérature.

En revanche, les seuls résultats statistiquement significatifs concernent des critères non-habituels, qui vont dans le sens de notre approche de la poussée.

3. Le troisième objectif est de formuler des propositions

A l'issue de cette étude nous proposons une attitude de prévention aux trois temps de la maternité :

- au *pre-partum*, par une éducation périnéale, respiratoire et statique,
- au *per-partum*, par une poussée non-traumatique et des positions adaptées,
- au *post-partum* (au sens le plus large), par la rééducation précoce, le dépistage systéma-

tique, et l'intégration du périnée au quotidien.
Ces trois temps s'inscrivent dans une hygiène générale de vie.

Une partie de la thèse aura pour objet d'explicitier les propositions, en particulier en *per-partum*, d'en donner les justifications anatomo-physiologiques et d'en montrer les possibilités d'application.

Fruits d'un long travail pragmatique fondé sur la mécanique, les hypothèses fournies par cette approche ouvrent un champ d'investigation que nous espérons voir se développer. Notre second souhait serait que l'on puisse faire une évaluation comparative *in-situ*, sur une population suffisamment importante de femmes, de la pratique obstétricale classique et de nos propositions; que l'on évalue les résultats quant au problème de l'incontinence urinaire d'effort.

PLAN :

PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS

Chapitre 1 : L'anatomie du périnée

1. Description classique
2. Approche des D^{rs}. D. Bastian et J.P. Lassau
3. Les nouvelles données de l'imagerie à résonance magnétique

Chapitre 2 : L'incontinence urinaire d'effort

- I. Épidémiologie
- II. Physiopathologie
- III. Les théories explicatives
 1. La théorie de Enhorning
 2. La théorie de Graber
 3. L'insuffisance sphinctérienne
 4. La rigidité de l'urètre
 5. La théorie de Green

DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTE

Chapitre 1 : Méthode

Chapitre 2 : Matériel utilisé

- I. Questionnaire à l'intention des femmes enceintes
 1. Élaboration du questionnaire
 2. Modalités de recueil et de traitement du questionnaire
- II. Structure du questionnaire
- III. Description de l'échantillon de population
 1. Identification et données générales obstétricales
 2. Facteurs non-obstétricaux

Chapitre 3 : Analyse des résultats

- I. Les constats
 1. Dans le *pre-partum*
 2. Dans le *per-partum*
 3. Dans le *post-partum*
- II. Confrontation des résultats à la question de l'incontinence urinaire d'effort
 1. Résultats globaux
 2. Analyse par rapport aux facteurs de risque et de protection
 - 2.1 Facteurs généraux
 - 2.2 Dans le *pre-partum*
 - 2.3 Dans le *per-partum*
 - 2.4 Dans le *post-partum*
 - 2.5 Facteurs non-obstétricaux
 - 2.6 Variables complexes

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION ET PROPOSITIONS DE PRÉVENTION

Chapitre 1 : Nécessité de la prévention

- I. Prévention primaire, prévention secondaire
- II. La prévention primaire, nécessité d'une éducation

Chapitre 2 : Propositions dans les trois temps, *pre- per- et post-partum*

- I. Dans le *pre-partum*
- II. Dans l'accouchement
Préalables, notions de rétroversion et d'antéversion, le relâchement périnéal
 1. Physiologie de l'accouchement
 - 1.1 Le réflexe expulsif
 - 1.2 Comment le réflexe expulsif peut-il être perturbé ?
 - 1.3 Quelles sont les étapes dynamiques de la naissance ?
 2. La participation active de la mère en poussée-bloquée : position et respiration
 - 2.1 Les contraintes de la position gynécologique
 - 2.2 La respiration : la force de la substitution
 - 2.3 La poussée en expiration forcée
 3. Quelques souhaits dans l'intérêt de la mère et de l'enfant
- III. Les suites de couches
 1. Les suites immédiates
 2. Les suites tardives et lointaines
 3. La rééducation périnéale proprement dite
 - 3.1 Le testing
 - 3.2 Le type de rééducation
 - 3.3 Notre proposition pratique

Chapitre 3 : En guise de conclusion, et en illustration la cassette vidéo, « Le périnée féminin », ...

- I. Les constats
- II. Analyse par rapport à l'IUE
- III. Propositions
 1. Dans le *pre-partum*
 2. Dans l'accouchement
 3. Dans le *post-partum*

ANNEXES

PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS

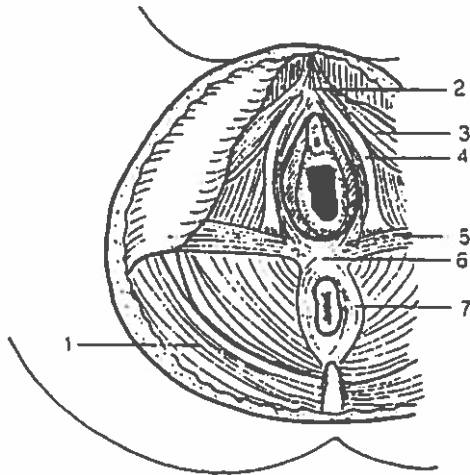
*Présentation du problème, anatomie
et théories explicatives*

CHAPITRE PREMIER

L'ANATOMIE DU PÉRINÉE

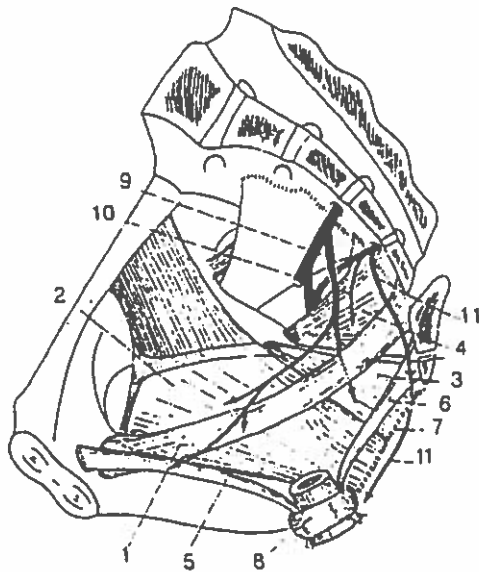
*

1. Description classique



Les muscles du périnée

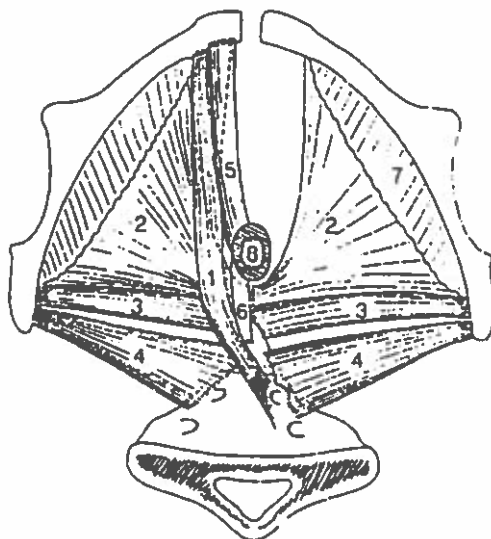
1. Muscle grand fessier
2. Ligament suspenseur du clitoris
3. Muscle ischio-caverneux
4. Muscle bulbo-caverneux
5. Muscle transverse superficiel
6. Noyau central du périnée
7. Sphincter anal



Releveur de l'anus

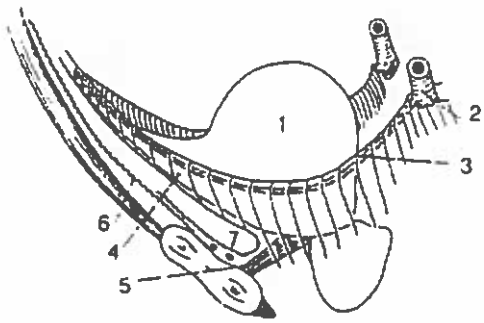
1. Chef pubien (gagne les ligts sacro-coccygiens)
2. Chef illiaque (gagne le raphé ano-coccygien)
3. Chef sciatique
4. Ischio-coccygien
5. Chef profond
6. Recto-coccygien
7. Raphé ano-coccygien
8. Sphincter ext. de l'anus
9. N. du releveur
10. N. de l'ischio-coccygien
11. N. sphinctérien accessoire

Outre le releveur, ce schéma représente aussi le plexus honteux, d'où naissent les nerfs du releveur.



Releveur de l'anus

1. Chef pubien
2. Chef illiaque
3. Chef sciatique
4. Ischio-coccygien
5. Chef profond
6. Recto-coccygien
7. Obturateur interne
8. Canal anal

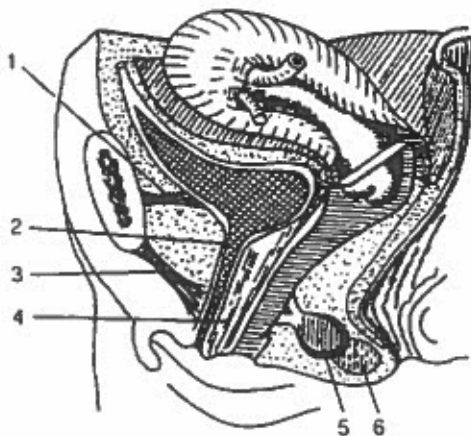


Loge fibreuse de la vessie

Vue latérale de l'aponévrose ombilico-prévésicale

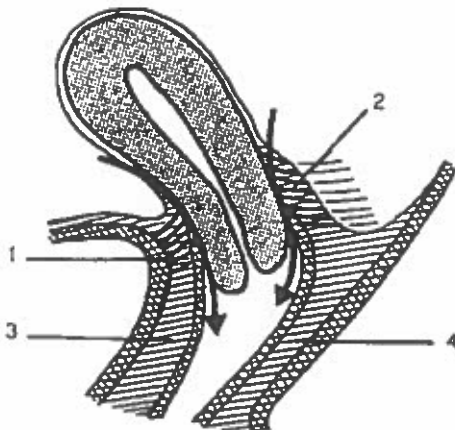
1. Vessie
2. A. hypogastrique
3. A. ombilicale
4. Aponévrose ombilico-prévésicale
5. Ligts pubo-vésicaux
6. Fascia transversalis
7. Retzius

Schéma destiné à montrer l'ensemble du berceau que constitue à la vessie l'aponévrose ombilico-prévésicale. En avant, la gaine hypogastrique qui forme cette aponévrose se réfléchit sur les ligaments pubo-vésicaux, puis sur les artérioles rétro-symphysaires pour se perdre sur le fascia transversalis, limitant ainsi sur trois côtés l'espace prévésical de Retzius.



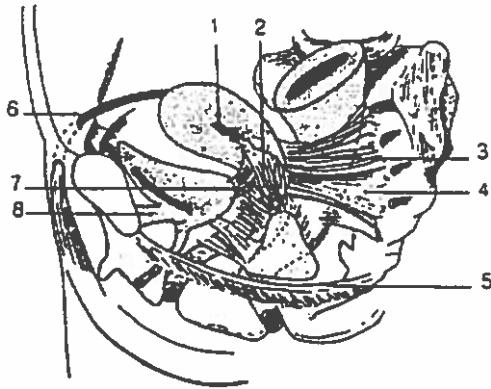
Urètre. Rapports

1. Ligt pubo-vésical
2. Urètre pelvien
3. Ligt tranv. du pelvis
4. Cloison uréthro-vaginale
5. Noyau fibreux central du périnée
6. Sphincter externe de l'an



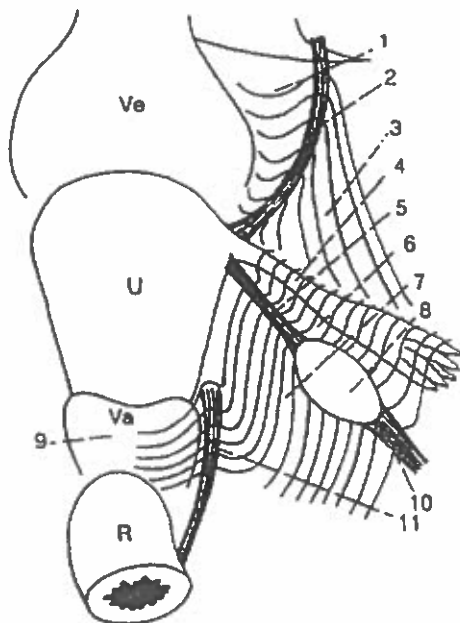
Utérus. Fascia et septa

1. Fascia précervical et ligament utéro-vésical
2. Fascia rétro-cervical et ligament utéro-sacré
3. Septum vésico-vaginal
4. Septum intervagino-rectal



Systèmes de maintien de l'utérus

1. Artère utérine
2. Paramètre
3. Ligament utéro-sacré
4. Ligament vagino-sacré
5. Plancher pelvien
6. Ligament rond ombilical
7. Ligament utéro-vésical
8. Ligament vésico-pubien



Ligament large

Vue schématique, postéro-supérieure, du ligament large étalé

1. Fossette para vésicale de Waldeyer
2. Aileron ant. (ligt. rond)
3. Fossette pré-ovarienne
4. Trompe de Fallope
5. Ligt. utéro-ovarien (aileron post.).
6. Mésosalpinx
7. Fosse rétro-ovarienne
8. Ovaire
9. Cul-de-sac de Douglas
10. Ligt. infund.-pelvien
11. Repli utéro-sacré

2. Approche des D^r. D. Bastian et J.P. Lassau (2)

Ces auteurs analysent les moyens de fixité de l'utérus. Ils insistent sur le fait que l'utérus est entouré de viscères qui changent de volume (remplissage et vidange), et qu'il est donc mobile.

- Ils précisent que les ligaments décrits dans le système de substantation des organes pelviens ne sont pas des ligaments fibreux, tels que les ligaments articulaires, mais séreux.
- Ils analysent le rôle de la statique : la position de bipédie a entraîné l'antéversion utérine, l'écartement des branches ischiopubiennes, et l'espace triangulaire sous-pubien. Elle a créé les trois caps (vaginal, utérin et anal). Le périnée antérieur s'est développé, alors que l'avancée du coccyx a entraîné le raccourcissement du périnée postérieur. La statique individuelle peut modifier les axes de pression.
- Ils précisent que la description anatomique faite sur le cadavre, ne correspond pas à la réalité vivante, en particulier pour les releveurs de l'anus.

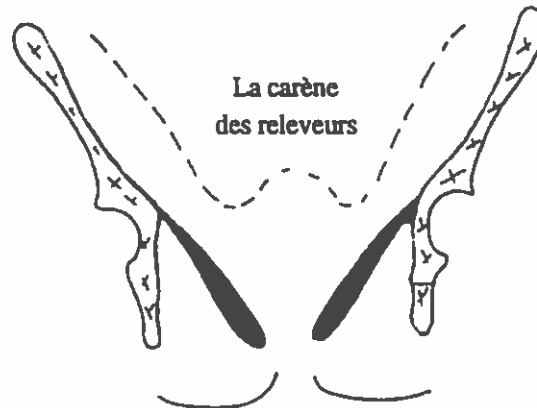
De même, certaines structures n'existent que chez le sujet pathologique. Ce qui conduit à des divergences entre les descriptions des anatomistes et les chirurgiens (facia de Halban, par exemple).

Il existe des conceptions opposées du tissu conjonctif pelvien (conception française et conception anglo-saxonne).

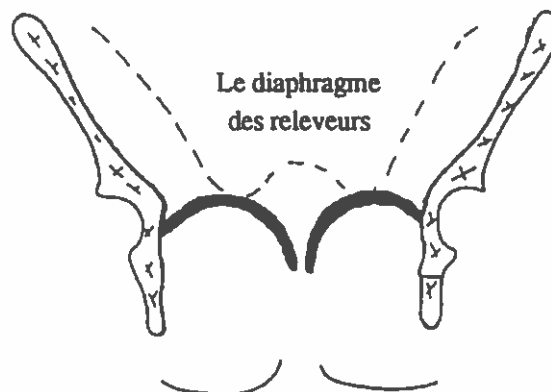
Notre opinion est qu'il y a aussi des variations morphologiques, en particulier en fonction de l'origine ethnique, et en liaison avec un mode de vie. Les indiennes qui vivent accroupies, ont une distance ano-vulvaire plus importante que les européennes.

3. Les nouvelles données de l'imagerie à résonance magnétique (41)

Le diaphragme pelvien aurait une concavité tournée vers le bas et non vers le haut.



D'après LEGUERRIER A.
& CHEVRAT-BRETON O.



D'après LOPEZ F.M.,
DE GUILHERMIER P.,
PRAT-PRADAL D.,
LOPEZ S., MARES P.,
COSTA P.

CHAPITRE 2

L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

*

Définition

On peut définir l'incontinence urinaire d'effort (IUE) comme

- un symptôme, une perte involontaire d'urine liée à un exercice physique;
- un signe, l'observation d'une fuite urinaire involontaire concomitante à une augmentation de pression abdominale.

Cette augmentation de pression se transmet à la vessie, et de façon moindre à l'urètre qui ne peut alors assurer la continence. Il s'agit d'une fuite par défaut de transmission (40).

Il faut la différencier de l'incontinence par besoin impérieux, ou incontinence d'urgence, due à une hyper-réflexie du détrusor liée ou non à l'effort, et de l'incontinence par trop plein ou regorgement, due à une dysfonction, hyporéflexive ou aréflexive.

Une des caractéristiques de l'IUE est qu'elle ne survient que *lors des efforts et quelque soit l'état de remplissage de la vessie*. Elle est généralement augmentée en position debout, la fuite est brève, avec une forte pression synchrone de l'effort, *sans préexistence d'un besoin* (43).

Cependant beaucoup de femmes présentent des incontinenances mixtes associant une vessie instable, une insuffisance sphinctérienne et une IUE par défaut de transmission. L'interrogatoire, mais aussi les explorations permettent de faire la part des choses et de guider la prise en charge thérapeutique.

On distingue trois degrés d'incontinence :

- 1° à la toux, l'éternuement, le rire, le vomissement
- 2° à la marche, la course, le saut, les efforts de soulèvement, les escaliers
- 3° en position couchée.

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

L'IUE se rencontre avec une fréquence non négligeable chez les adolescentes, (13 %) ainsi que l'a montré l'étude de M' Gérard FAUSSAT (15).

Néanmoins l'incidence est particulièrement élevée après le premier accouchement (de l'ordre de 30 % dans les suites immédiates de couches, 12 % persistante, selon la littérature actuelle) (3)(5). Aux USA, les dernières statistiques font état d'une fourchette de 6 à 25 % ce qui témoigne de la difficulté d'une évaluation objective. L'incontinence est, en fait, définie plus ou moins strictement, et avouée à un niveau de gêne très variable selon les femmes [cf : Enquête des laboratoires Debat sur 1962 médecins et 35 235 femmes : 21 % des femmes présentent des fuites – dont 80 % sont des fuites à l'effort – 19 % des femmes sont gênées dans leur vie quotidienne]. DEBAT (11).

L'enquête des laboratoires Debat portant sur 35 235 femmes conclue à 21 % de fuites, dont 80 % à l'effort. 19 % des femmes sont gênées dans la vie quotidienne.

Pour Paul HODGKUISON (23), 50 % des femmes sont incontinentes. Et celles qui ne le sont pas, ont d'autres pathologies anatomiques, telles que le prolapsus utérin ou la cystocèle, qui font qu'elles sont continentes par compression du canal urinaire [cf : réf.].

Il y aurait un deuxième pic d'incidence autour de la ménopause, non précisément quantifié, et dont on peut se demander s'il s'agit bien d'incidence ou d'aggravation d'un problème jusque-là bien toléré, le tissu de soutien étant efficient. Il peut s'agir de la décompensation d'un équilibre précaire préexistant, non-objectivé, faute d'examen périnéal régulier.

La révélation du symptôme au cours d'une deuxième grossesse, son aggravation lors des grossesses ultérieures, est un phénomène observé couramment en obstétrique, mais non réellement quantifié (3). On peut se demander si cela n'est pas révélateur d'une modification de la statique pelvienne et prédictif de problèmes à la ménopause.

Cela incite en tous cas à une vigilance plus systématique : l'absence de fuites dans le *post-partum* immédiat ou lointain ne garantit pas totalement l'intégrité périnéale et ligamentaire [cf : Loffredo & Mintz] (35).

Un examen clinique recherchant les éventuels prolapsus, un testing du périnée, restent indispensables même en l'absence de plainte, tandis que la prévention ne doit jamais être négligée sous prétexte que, « tout s'est bien passé ».

II. PHYSIOPATHOLOGIE

A. PIGNÉ reprend (1)(42) les thèses classiques :

- Il peut s'agir de facteurs congénitaux, soit tissulaires (il existe des familles à risque, présentant prolapsus, hernies, hémorroïdes...), soit anatomiques (statique pelvienne, lordose lombaire, morphologie du bassin).

La rétroversion utérine est citée dans les vieux manuels comme facteur responsable ou aggravant des prolapsus vésicaux; la littérature actuelle occulte ce sujet qui ne paraît pourtant pas en contradiction avec les approches mécaniques du problème.

- Il peut s'agir de facteurs acquis, traumatiques ou tissulaires. Parmi les facteurs traumatiques, l'accouchement par voie basse est au premier plan (le premier accouchement surtout, puisque c'est lui qui « fait le passage »). Les autres facteurs traumatiques sont d'origine chirurgicale.

Parmi les facteurs tissulaires, le plus fréquent est l'atrophie musculaire et aponévrotique au moment de la ménopause, aggravée par l'hypoactivité, les amaigrissements rapides ou importants...

Lors de l'accouchement, la cause principale des prolapsus utérins et des cystocèles, est la destruction des releveurs due au passage de la tête fœtale. Ce sont souvent les piliers des releveurs qui sont rompus ou désinsérés. Le fente uro-génitale est alors agrandie, et la base de la vessie force la paroi antérieure vaginale (2).

Pour V. LOFFREDO (35) l'axe de la poussée utérine, lors des efforts expulsifs, n'est plus ombilico-coccygien mais vertical, voire antérieur. Les forces de poussée vont donc se répercuter en avant, sur le périnée antérieur fragile et peu élastique.

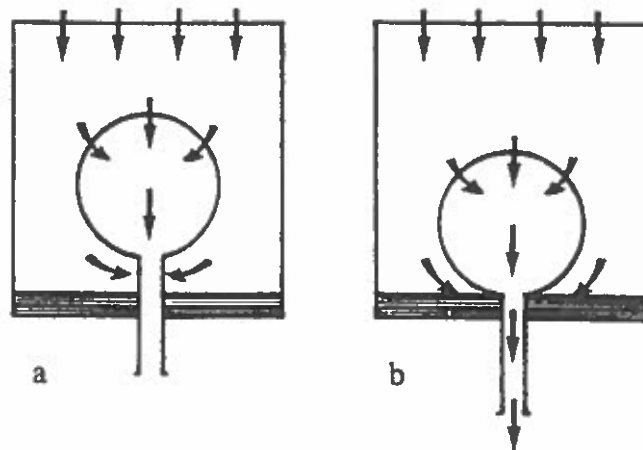
III. LES THÉORIES EXPLICATIVES

Il existe deux grandes théories représentant la physiopathologie de L'IUE.

1. La théorie de ENHORNING (13)

L'urètre proximal appartient normalement à l'enceinte manométrique abdominale. Toute augmentation de pression abdominale est transmise de façon équivalente et simultanée à la vessie et à l'urètre (tiers proximal). Le gradient de continence est alors maintenu.

Si l'urètre a glissé en dehors de l'enceinte abdominale (prolapsus), seule la vessie subit l'augmentation de pression; si celle-ci dépasse la pression maximale de clôture de l'urètre, il y a inversion du gradient de continence et fuite inévitable.



Mécanisme de l'IUE : rôle de la position de l'urètre proximal par rapport à l'enceinte abdominale (Enhörning)

a. Position normale dans l'enceinte

b. Exclusion de l'urètre proximal hors de l'enceinte, expliquant le défaut de transmission.

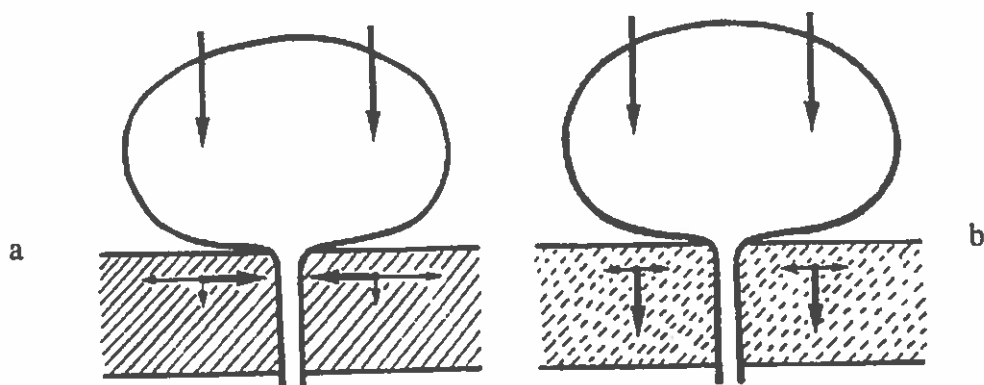
2. La théorie de GRABER (18)

Lorsque le plancher pelvien est normal, la transmission à l'urètre des variations de pression abdominale s'exerçant sur la vessie, se fait principalement selon une composante perpendiculaire à l'axe urétral, ce qui permet la continence. Si le plancher est relâché, déformable, la transmission se fait selon une composante parallèle à l'axe urétral : la continence n'est plus assurée.

Dès lors on comprend mieux le rôle du traumatisme obstétrical, qui peut entraîner lors des efforts de poussée, le glissement de l'urètre à l'étage pelvien, en même tant qu'il risque de léser le plancher pelvien.

Si donc la suspension fait défaut alors que le plancher est inopérant, le prolapsus tend à se précipiter et l'incontinence d'effort est quasi-inévitable.

Selon A. PIGNÉ le prolapsus est associé 4 fois sur 5 à l'incontinence (1).



Mécanisme de l'IUE : rôle de l'orientation des vecteurs de force dans le plancher pelvien (Graber)

a. Cas normal

b. Faiblesse du plancher pelvien.

3. La qualité du sphincter

Le sphincter lisse urétral joue bien évidemment un rôle fondamental dans la continence. Il peut être faible constitutionnellement, il peut aussi être lésé par la chirurgie par exemple, ou par l'accouchement.

Selon M^{me} PACIORNIK et LOFFREDO (39), la position gynécologique favorise l'écrasement de l'urètre lors de la naissance, en projetant la tête contre la symphyse pubienne.

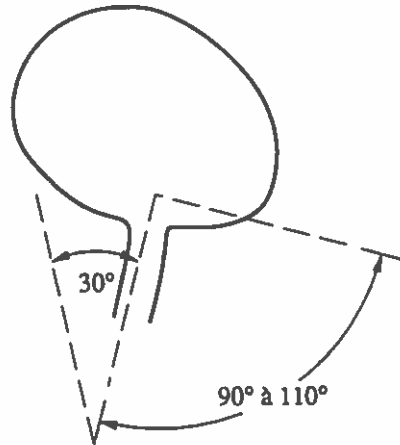
Bien entendu, la même femme peut cumuler plusieurs handicaps.

4. La rigidité de l'urètre

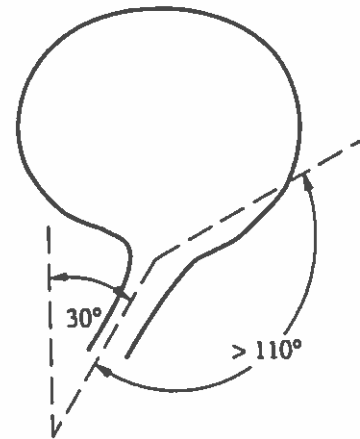
Ce cas concerne surtout les personnes âgées, ou opérées, dont l'urètre a perdu son élasticité. Dès lors la transmission des pressions est inefficace.

5. La théorie de Green (19)

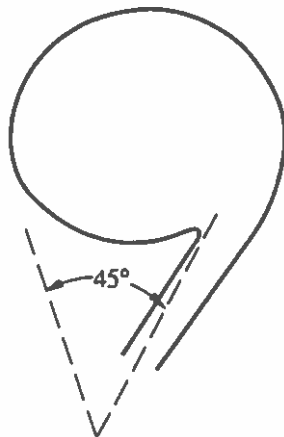
La continence dépend de l'angle uréthro-vésical postérieur.



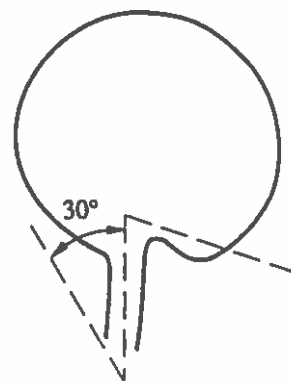
Vessie continente
Angle postérieur uréthro-vésical normal (A.P.U.V.)



Incontinence de type I
Angle postérieur uréthro-vésical > 110°



Incontinence de type II
Perte A.P.U.V., canal urinaire à 45°



Continence avec cystocèle
A.P.U.V. normale

DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTE

*Méthode appliquée à l'enquête,
présentation du questionnaire
et analyse des résultats.*

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODE

*

Notre parti était d'interroger uniquement des femmes enceintes, déjà mères. Nous voulions ainsi juger de la différence entre une première grossesse et les autres, du point de vue de l'IUE. Nous voulions par ce biais appréhender les conséquences des accouchements précédents, en particulier, du premier. Cette approche n'est pas celle habituellement retenue, puisque la plupart des études se situent dans le *post-partum* ou après la ménopause.

La règle de travail était d'interroger systématiquement toutes les multigestes de la consultation prénatale de la maternité Baudelocque à Paris, sauf refus de leur part. Nous avons personnellement réalisé le document, et interrogé les patientes dans un box de consultation. Elles sont toujours venues seules, ou avec des enfants en bas âge, laissant leur compagnon dans la salle d'attente. Nous les abordions en leur proposant de répondre à une enquête concernant les suites de couches; ce n'est qu'en privé que nous leur expliquions les thèmes plus précis de l'étude, problèmes d'incontinence et problèmes périnéaux.

Nous avons interrogé deux cent six femmes enceintes.

Cinq questionnaires ont été inutilisables, car incomplets, les patientes ayant été appelées par le consultant en cours d'entretien. Très peu de femmes, plutôt des Africaines, ont refusé de répondre, surtout si leur compagnon était dans la salle d'attente. Toutes les femmes ayant participé ont répondu très facilement à l'ensemble des questions.

On peut supposer que le risque de sous-estimation du problème est supérieur au risque de surestimation; il est en effet peu gratifiant d'avouer une incontinence et beaucoup nous disaient n'avoir pas de problème, contrairement à leurs amies ou belles-sœurs. Une majorité nous a spontanément exprimé le manque d'information sur le sujet, et la difficulté à trouver une rééducation adaptée.

CHAPITRE 2

MATÉRIEL UTILISÉ

*

Nous avons choisi de nous limiter à un questionnaire car il était impossible de réaliser un examen clinique spécifique ou un bilan uro-dynamique, dans le cadre de la consultation prénatale de la maternité dans laquelle nous exerçons au moment de notre étude. Par ailleurs, cet outil nous a semblé être un bon moyen d'enregistrer les données, en dehors de toute plainte, pour l'ensemble des patientes.

Ce questionnaire se veut réutilisable par d'autres consultants, pour une enquête élargie. A cette fin, nous avons explicité notre codification, en annexe.

I. QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES FEMMES ENCEINTES

1. Élaboration du questionnaire

Les items retenus sont issus de la rencontre d'un double questionnement : les plaintes et les interrogations des femmes lors des cours de yoga pre ou post-natal, et la compilation des recherches sur le sujet.

2. Modalités de recueil et de traitement du questionnaire

Le questionnaire est constitué de questions semi-ouvertes. À l'interrogatoire, nous avons été amenée à donner des précisions, ou à entendre des détails. Les réponses étaient parfois données de façon imprécise (par exemple au début de la grossesse, ou à la fin).

Les modalités d'accouchement ont été l'objet d'analyses détaillées pour la première et la deuxième naissance. Pour les autres accouchements – le nombre de cas étant très faible – nous n'avons pas alourdi le traitement par une analyse détaillée de chacune des naissances.

Pour l'analyse par facteur de risque, il n'a pas été fait de différenciation entre les IUE persistantes et les IUE de novo, pour la deuxième naissance et au-delà. Néanmoins, nous avons chiffré l'incidence de l'IUE lors de la deuxième grossesse. En ce qui concerne les préparations et les rééducations, le résultat est donné pour chacune des femmes et non pour chaque accouchement (par exemple, s'il y a eu une rééducation sans travail périnéal et une avec travail périnéal, la patiente sera comptabilisée dans les femmes ayant bénéficié d'un travail périnéal).

Une vérification par échantillon a été effectuée par nous, concernant les temps de poussée et les diagrammes d'accouchement.

Le traitement des données a été fait grâce à la collaboration de l'unité INSERM de Port-Royal (Paris) selon le logiciel ÉPI-INFO.

II. STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE

1. Identification : âge, terme de la grossesse actuelle, parité, âge au premier enfant, poids du premier bébé et du deuxième, s'il y a lieu

2. Situation par rapport à l'incontinence urinaire d'effort

- 2.1 Existence d'autres problèmes urinaires
- 2.2 Existence du problème avant le premier accouchement
- 2.3 Existence du problème après le premier accouchement – Date, durée
- 2.4 À partir de la deuxième grossesse et au-delà – Date, durée

3. Modalités de l'accouchement

- 3.1 Césarienne (avec ou sans poussée)
- 3.2 Périurale
- 3.3 Présence du réflexe expulsif
- 3.4 Nombre de poussées
- 3.5 Expression
- 3.6 L'épisiotomie
- 3.7 Déchirures
- 3.8 Durée de la douleur (due à l'épisiotomie)
- 3.9 Forceps (avec ou sans poussée)

4. Préparation et suite de couches. Travail du périnée

- 4.1 Types de préparations
- 4.2 Travail du périnée en *pre-partum*
- 4.3 Types de rééducation
- 4.4 Testing du périnée

5. Facteurs non-obstétricaux

- 5.1 Antécédents familiaux d'incontinence
- 5.2 Sports
- 5.3 Constipation
- 5.4 Sensation de « pesanteur »

III. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE POPULATION

Il s'agit donc de deux cent une femmes enceintes, multigestes, suivies à Baudelocque. Cent trente-cinq d'entre elles ont accouché au moins une fois à Baudelocque (67,5 %). Très peu ont accouché en province ou dans leur pays d'origine. Les naissances se sont en général déroulées dans les grandes maternités parisiennes (St-Antoine, Tenon, la Pitié, Lariboisière, St-Vincent...).

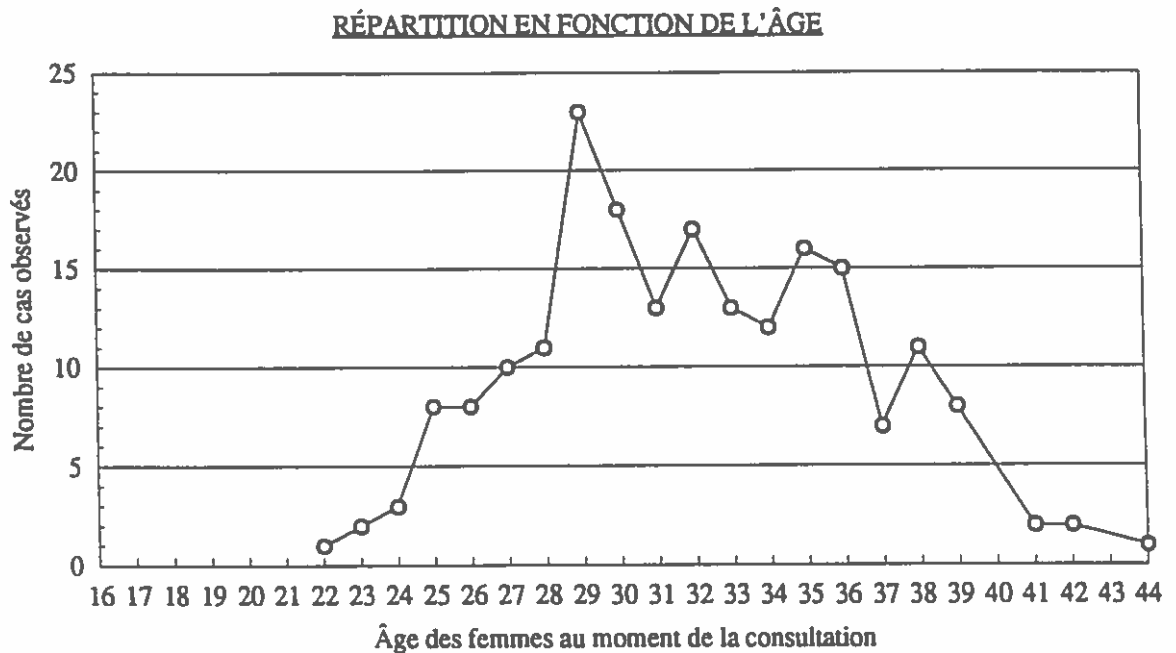
La diversité ethnique est faible (7% de non-européennes).

1. Identification et données générales obstétricales

L'âge au moment de la consultation : de 22 à 44 ans

Pic à 29 ans (11,4 %)

Age moyen : 32 ans

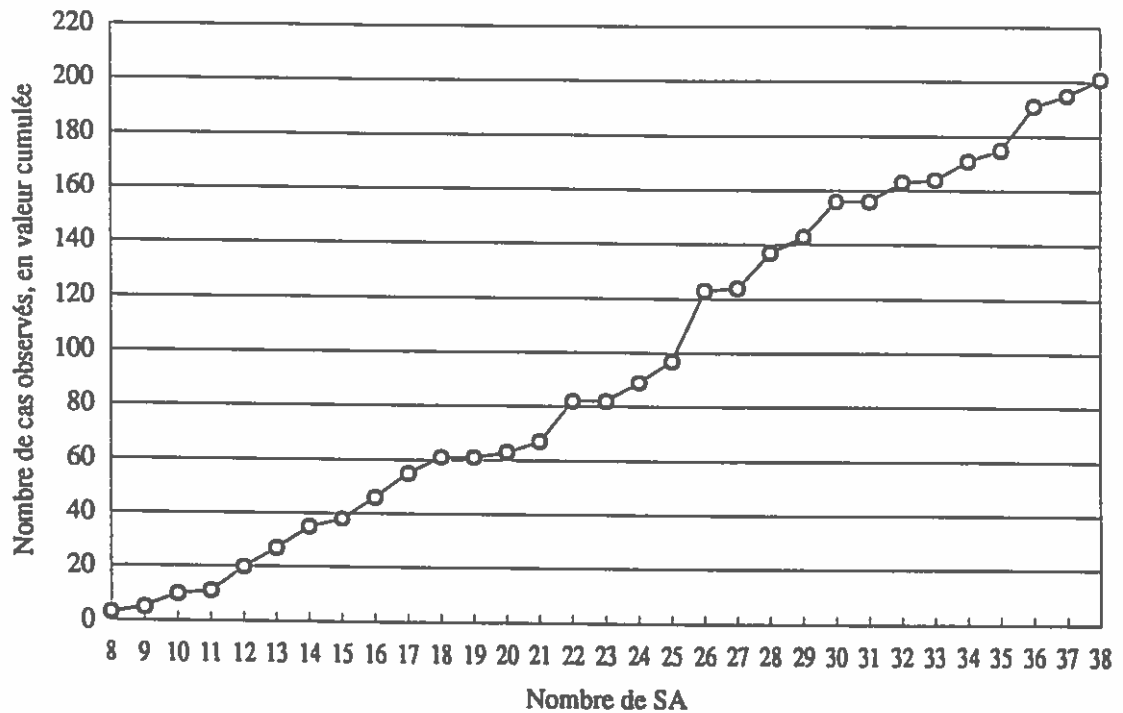


Terme au moment de la consultation : (noté de 08 à 38 SA)

Pic à 26 SA (12,9 %)

À noter que 22,9 % sont à moins de 17 SA.

RÉPARTITION EN FONCTION DU TERME



Parité :

68,7 % attendent leur 2^e enfant

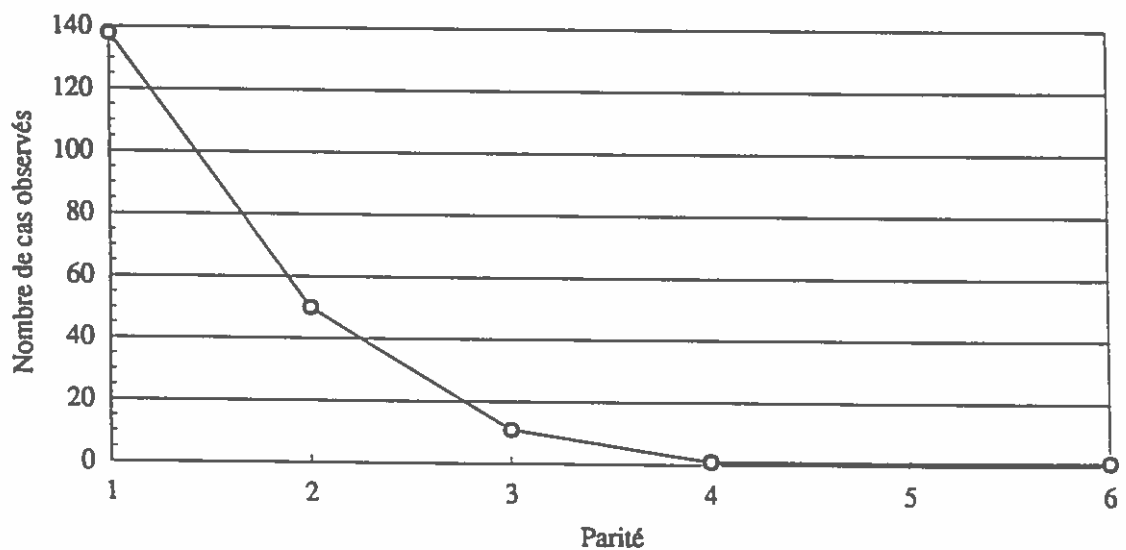
24,9 % attendent leur 3^e enfant

5,5 % leur 4^e

0,5 % le 5^e

0,5 % au-delà.

RÉPARTITION EN FONCTION DE LA PARITÉ



L'âge au premier enfant : de 16 à 38 ans

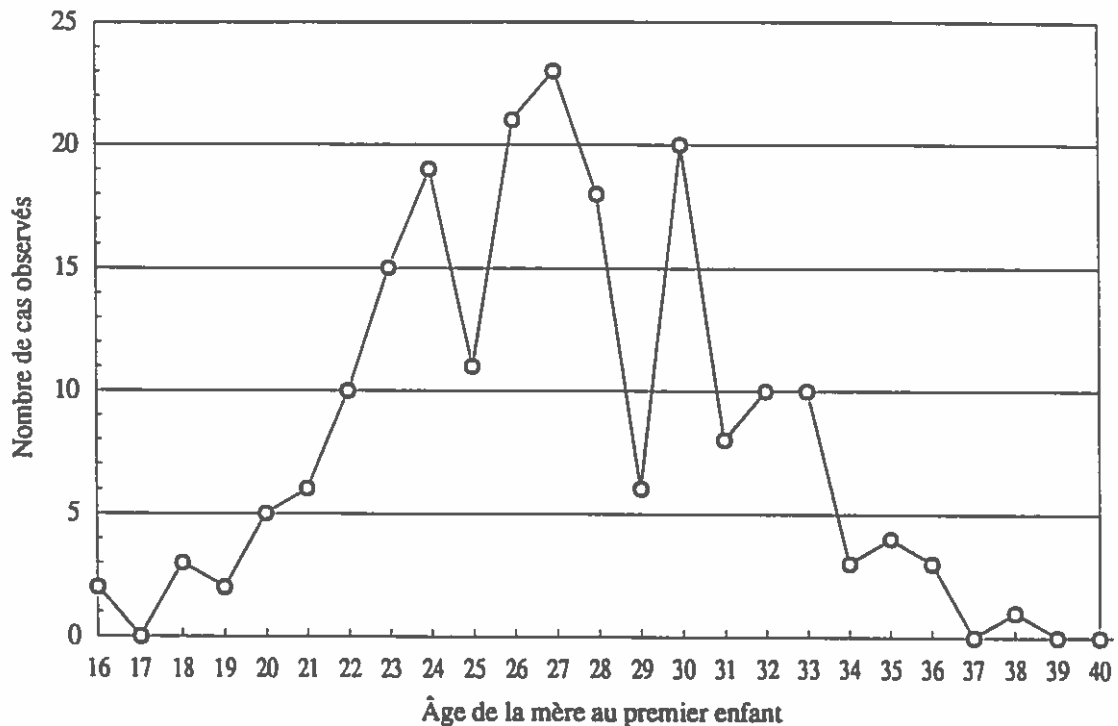
Pic à 26 ans (10,4 %) et 27 ans (10,7 %) soit 21,1 % pour le groupe 26-27 ans

Nouveau pic à 30 ans (10 %)

Age moyen : 27 ans

Ceci reflète assez bien le profil de la clientèle (études supérieures).

RÉPARTITION EN FONCTION DE L'ÂGE AU PREMIER ENFANT



Le poids des enfants (voir courbes page suivante) :

Premier enfant : 90 % des enfants ont entre 2340 g et 3990 g, avec des pics à 3000 g (8,2 %), un autre à 3100 g (6,1 %), à 3200 g (7,7 %) et surtout à 3500 g (9,7 %).

72,4 % des enfants font moins de 3500 g.

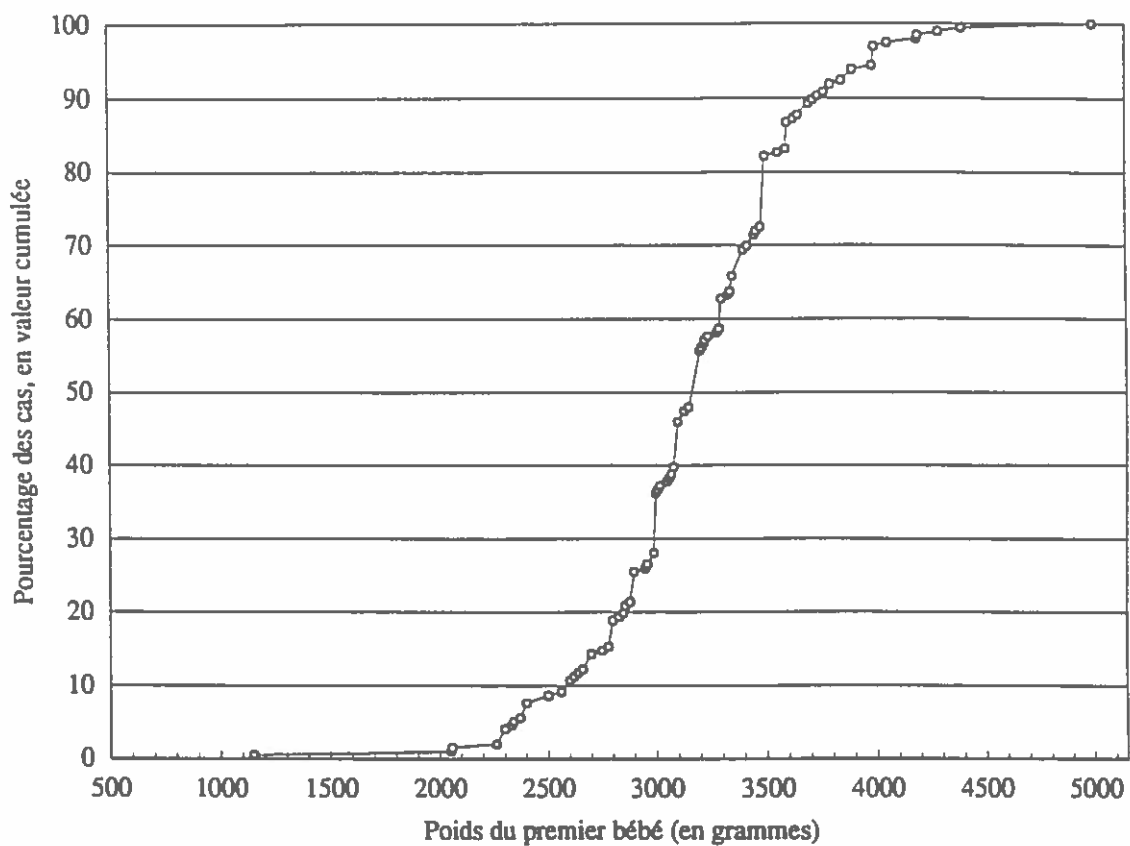
Poids moyen : 3184 g

Deuxième enfant : 90 % entre 2500 g et 4180 g, avec des pics à 3000 g (10,7 %) et à 3300 g (8,9 %).

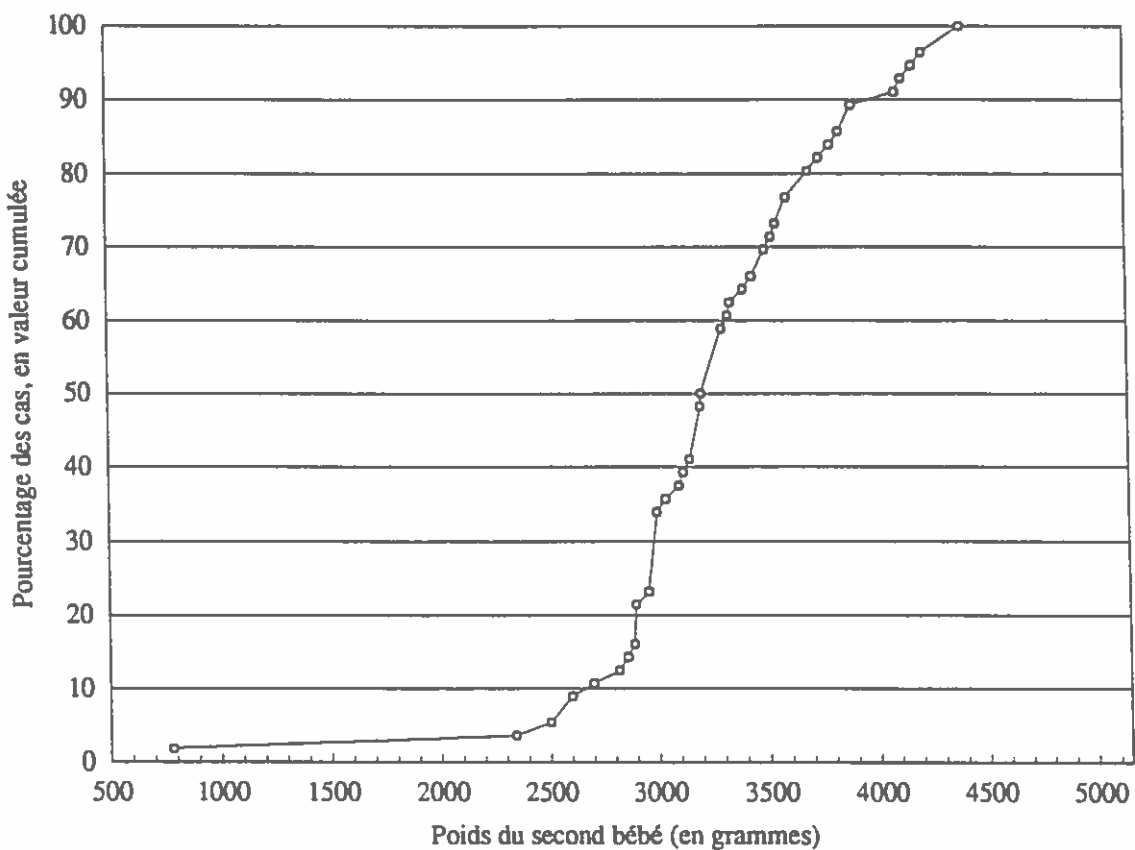
66 % font moins de 3500 g.

Poids moyen : 3276 g

RÉPARTITION EN FONCTION DU POIDS DU PREMIER BÉBÉ



RÉPARTITION EN FONCTION DU POIDS DU SECOND BÉBÉ



2. Facteurs non-obstétricaux

Antécédents familiaux d'incontinence : 16,9 % signalent des antécédents.

Sports : la population semble tout à fait particulière puisque 62,7 % sont sportives, 18,5 % du niveau compétition.

Parmi les sports, la danse et l'équitation représentent près de 40 % soit 26,7 % de la population.

On note que 40,4 % des femmes ont continué à l'âge adulte.

Ceci est en rapport avec le niveau socio-culturel et économique de la population, et en fonction du recrutement (gynécologues de ville).

Constipation : 34,3 %, ce qui semble assez représentatif de la population féminine française.

Ont tendance à pousser : 23 %.

Sensation de « pesanteur » : nous avons estimé important de recueillir cette information, bien qu'elle soit subjective. En effet, une grande majorité de femmes se plaint spontanément de cette sensation de pesanteur du bébé sur le plancher pelvien, beaucoup plus fréquente et prononcée à partir de la deuxième grossesse. Ceci concerne surtout les femmes ayant eu un accouchement normal, mais parfois aussi, les femmes césarisées. Nous pensons que cela reflète un relâchement ligamentaire qui pourrait être un facteur de risque d'incontinence :

- 3,5 % chez les primigestes
- 43,9 % au cours de la deuxième grossesse
- 57 % pour la troisième.

CHAPITRE 3

ANALYSE DES RÉSULTATS

*

Un de nos objectifs était de décrire les pratiques obstétricales actuelles. Notre population reflète les modalités en vigueur en *pre- per-et post-partum*, dans les grandes maternités parisiennes de 1985 à 1991.

Il nous paraît plus simple de commencer par l'analyse des constats généraux, avant de présenter l'analyse par rapport à l'IUE.

I. LES CONSTATS

1. Dans le *pre-partum*

53,5 % des femmes ont suivi une préparation à l'accouchement, au moins pour l'une de leurs grossesses. Ce résultat est relativement élevé étant donné le taux de péridurales pratiquées dans les maternités parisiennes, et à Baudelocque en particulier. D'autant que la plupart des femmes interrogées ont accouché dans les années 1988-89-90.

Pratiquement les trois-quarts d'entre elles (72 %) n'ont suivi que les séances d'« accouchement sans douleur ».

Au cours de ces préparations, une information sur le périnée a été donnée dans un tiers des cas seulement, soit un total de 35 femmes sur les 107 qui se sont préparées.

Travail du périnée dans le *pre-partum* : 40 femmes disent avoir pratiqué des exercices périnéaux, à titre personnel dans le *pre-partum* et le *post-partum* immédiat, soit 20 % des mères.

Elles disent l'avoir fait à partir de lectures essentiellement. Ceci tendrait à prouver que le message passe mieux lorsqu'il est adressé directement aux femmes, et que les responsables des préparations n'auraient pas encore intégré l'intérêt de ces apprentissages. Au niveau des consultations la rééducation est souvent prescrite, alors que l'éducation n'est jamais abordée.

Il y a sans doute à intensifier l'information des équipes.

– Au total –

Malgré la péridurale, les femmes continuent à avoir une demande de préparation à l'accouchement. Ceci se trouve particulièrement vérifié au premier enfant.

17% des femmes seulement ont eu une information périnéale, si rapide soit-elle, à l'occasion de la grossesse.

2. Dans le *per-partum*

2.1 Césarienne

Au premier enfant : 24 césariennes soit 11,9 % des naissances.

Au deuxième enfant : 10 césariennes pour 60 naissances, soit 16,7 % des naissances.

Ces résultats ne sont pas comparables, étant donné la différence d'effectif. De plus, beaucoup des césariennes au deuxième enfant sont itératives.

Au premier enfant 9 des 24 femmes césarisées ont eu une tentative d'expulsion, avec poussée et souvent expression.

Au deuxième, une seule césarienne a été réalisée après tentative d'expulsion.

2.2 Péridurale

Le taux de péridurale est de 42 % au premier enfant (césariennes confondues) et de 38 % au deuxième.

Il est difficile de tirer des conclusions sur ce dernier chiffre, vu le nombre de cas. Le deuxième accouchement est ordinairement plus rapide et facile, et nécessiterait moins la péridurale. Mais plusieurs facteurs s'additionnent pour majorer la demande : les femmes qui ont un très mauvais souvenir du premier accouchement y tiennent particulièrement ; celles qui ont été satisfaites la redemandent souvent.

Enfin, plus le temps passe et plus elle se généralise et se banalise.

2.3 Réflexe expulsif

Il est présent dans 40 % des cas au premier enfant, et dans 60 % au deuxième.

2.4 Nombre de poussées

Au premier enfant, de 3 à 5 poussées : 59,6 %

Environ 10 poussées : 40,4 %

Au deuxième enfant, de 3 à 5 poussées : 80 %

Environ 10 : 20 %

Ceci n'est pas surprenant, et correspond à la fréquence beaucoup plus élevée du réflexe expulsif chez les deuxièmes pères.

2.5 Expression

Premier enfant : 51,4 %

Deuxième enfant : 28 %

Ceci appelle quelques commentaires. La fréquence de l'expression est supérieure à l'absence de réflexe et aux expulsions « longues ». Beaucoup de femmes nous ont dit avoir accouché en trois poussées, très facilement, avec expression dès le début des poussées.

Il s'agit d'une pratique assez systématique, en particulier à Baudelocque où le taux dépasse 60 %.

Bien évidemment, il nous est difficile d'évaluer dans ces conditions les effets protecteurs du réflexe expulsif pur, le nombre de cas devenant très limité.

2.6 Épisiotomie

Au premier enfant : 130 épisiotomies pour 177 naissances par voie basse, soit 73 %.
Si on enlève les naissances avec forceps on obtient 65 %.

Au deuxième enfant : 22 épisiotomies pour 50 naissances par voie basse soit 44 %.

Il n'y a eu qu'un forceps enregistré.

Il faut noter que ces épisiotomies sont tardives, et ne correspondent pas aux caractéristiques définies par A. PIGNÉ (1)(3).

2.7 Déchirures

D'après plusieurs auteurs, (A. PIGNÉ, O. COTELLE) (1)(3)(8), les déchirures seraient un facteur de risque pour l'IUE.

Étant donné la pratique très large de l'épisiotomie, il y a eu très peu de cas de déchirure : 16 pour le premier enfant, 4 pour le deuxième. Il s'agit de déchirures superficielles, ayant entraîné deux à trois points, parfois associées à l'épisiotomie.

Nous n'avons pas considéré le nombre suffisamment représentatif pour en faire une variable d'analyse.

2.8 Durée de la douleur (due à l'épisiotomie ou à la déchirure)

Au premier enfant : 41,7 % des épisiotomies sont douloureuses *plus de deux semaines*.

Au deuxième enfant : 16 % des épisiotomies sont douloureuses *plus de deux semaines*.

Nous avons intégré les déchirures recousues dans cette analyse, étant donné le peu de gravité qu'elles présentaient. À une exception près, la durée de la douleur n'a pas dépassé la durée de l'hospitalisation.

2.9 Forceps

Au premier enfant : 23 % dont plus de la moitié (57 %) après poussée.

Au deuxième enfant : 2 % avec poussée.

– Au total –

La péridurale est le mode d'accouchement de 40 % des femmes. L'épisiotomie est très largement pratiquée, surtout au premier enfant (73 %). Elle est source de douleur pro-

longée pour près de 42 % des femmes.

L'expression est aussi un « moyen d'accoucher » très répandu (51,4 %) au premier enfant. Ceci est peut-être à mettre en rapport avec la péridurale et la recherche d'une expulsion rapide. Les indications ne sont pas posées par une souffrance fœtale (cf : dossiers), mais de manière systématique.

Pour ce qui est du périnée, il y a là une attitude contradictoire : l'épisiotomie est annoncée comme prophylactique et se trouve associée à l'expression, très traumatique pour le plancher pelvien et le système ligamentaire (cf : bibliographie).

3. Dans le *post-partum*

3.1 La rééducation postnatale

La rééducation dans son acception générale est largement suivie : 122 femmes, soit 60 % des femmes s'ont pratiquée pour l'une des grossesses au moins (milieu socio-culturel, population sportive).

3.2 Le travail abdominal classique

A concerné 113 femmes soit 92 % des rééducations et 56 % de la population totale.

3.3 La rééducation périnéale

A concerné 21 femmes, soit 17 % des rééducations et 10% de la population totale. On a vu que ce résultat était dû à une interprétation généreuse de la réalité du travail périnéal (« pipi-stop », travail des adducteurs).

12 des 21 femmes qui ont eu une rééducation périnéale ont aussi travaillé les abdominaux, ce qui limite la rééducation périnéale pure à 9 femmes, soit 4 % de la population totale.

Testing du périnée –

Il y a eu en tout 10 testings soit 8 % des rééducations, et 5 % de la population totale.

Électrostimulation –

7 femmes ont été concernées, soit un tiers des rééducations périnéales et 3,4 % de la population totale.

Il faudrait pour être tout à fait juste, rapporter toutes les données sur le *post-partum* au nombre d'accouchements (280) et non au nombre de parturientes.

Pour ne pas alourdir le traitement, nous avons globalisé l'ensemble des rééducations pour chaque femme. Ainsi une femme qui a eu trois enfants, qui a fait une fois des abdominaux simples, une fois du périnée avec testing et rien l'autre fois, est comptée testing 1, périnée 1, abdominaux 1, est comptabilisée une seule fois.

Ceci conduit à une surestimation des résultats, surtout périnéaux, puisque nous n'avons jamais rencontré de femmes ayant eu plusieurs fois une rééducation périnéale pure, alors que tous les autres cas de figure se sont produits (plusieurs fois abdominaux, abdominaux et rien...). Cela d'autant plus que les premières naissances sont anciennes, la rééducation périnéale n'étant quasiment pas pratiquée avant 1985-86.

– Au total –

La rééducation postnatale reste très largement focalisée sur les abdominaux. Très peu de praticiens proposent autre chose ; les bilans périnéaux n'étant faits ni par les obstétriciens, ni par ceux qui font la rééducation, les traitements ne sont pas adaptés.

On peut noter que cette rééducation satisfait peu les femmes qui, bien souvent, abandonnent en cours de route et ne renouvellent pas lors d'une autre maternité.

Ce sont souvent les femmes qui alertent leur médecin sur leurs problèmes. La prévention est quasi-inexistante, elle a plutôt pour origine les médias.

II. CONFRONTATION DES RÉSULTATS À LA QUESTION DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

Précaution

En ce qui concerne les analyses pour les deuxièmes et troisièmes grossesses, il faut noter qu'il n'a pas été fait de distinction lors du traitement entre les IUE *de novo* et les IUE acquises, ce qui rend certains résultats ininterprétables.

La grande majorité des résultats étant non-statistiquement significatif (test de *chi-2*), nous n'avons précisé que les résultats significatifs.

1. Résultats globaux

110 femmes ont déclaré avoir présenté une IUE à un moment de leur vie, soit 54,7 %. Sur ces 110 femmes, 10 soit 4,9 % de la population totale et 9,1 % des IUE, disent avoir connu des incontinences mixtes (IUE + impériosité).

1.1 IUE non-imputable à la maternité

3 femmes ont eu des épisodes avant la première grossesse, soit 1,5 % de la population totale, et 2,7 % des IUE.

18 femmes ont eu des épisodes au cours de la première grossesse, soit 8,9 % de la population totale et 16,4 % des IUE. Les troubles sont apparus en fin de grossesse.

1.2 IUE imputable à la maternité

Au premier enfant –

En *post-partum*, 53 cas soit 26,4 % de la population totale et 48,1 % des IUE.

• Date : *post-partum* immédiat, 43 cas soit 21,3 % de la population et 39,4 % des IUE.

post-partum lointain, 10 cas soit 4,9 % de la population et 9,3 % des IUE.

• Durée : définitif, 17 soit 8,5 % de la population et 15,7 % des IUE.
moins de six mois, 22 soit 10,9 % de la population et 20 % des IUE.

plus de six mois, 14 soit 6,9 % de la population et 12,7 % des IUE.

Au deuxième enfant –

En *pre-partum*, 78 cas soit 38,8 % de la population totale et 70,9 % des IUE.

• Date d'apparition dans le *pre-partum*, 31 cas dès le début, 63 cas à 25 SA.
[Les femmes de l'échantillon ont été interrogées relativement tôt dans leur grossesse, puisque près de la moitié sont à moins de 25 SA].

En *post-partum*, 13 cas soit 21 % des deuxièmes pères et 11 % des IUE (pas de distinction des IUE *de novo*).

• Date : *post-partum* immédiat, 10 cas soit 16 % des deuxièmes pères et 9,09 % des IUE.

post-partum lointain, 3 cas.

• Durée : définitif, 4 cas.
moins de six mois, 6 cas.
plus de six mois, 3 cas.

Au troisième enfant –
 En *pre-partum*, 21 cas soit 42 % des troisièmes pares et 19 % des IUE.

En *post-partum*, 6 cas soit 54,5 % des troisièmes pares.

- Durée : définitif, 5 cas.
- moins de six mois, 0 cas.
- plus de six mois, 1 cas.

Au total –

Les accouchements sont générateurs d'IUE pour plus de 44 % des mères. Plus d'un quart des femmes auront des troubles après le premier enfant, dont 9 % à caractère définitif. La deuxième grossesse est souvent révélatrice (38,8 % d'IUE contre 8,9 % pour les premières grossesses). Après deux naissances, 13,6 % auront une incontinence définitive, latente. Un trop petit nombre de cas ne permet pas ici d'évaluer le caractère aggravant ou non de la grande multiparité.

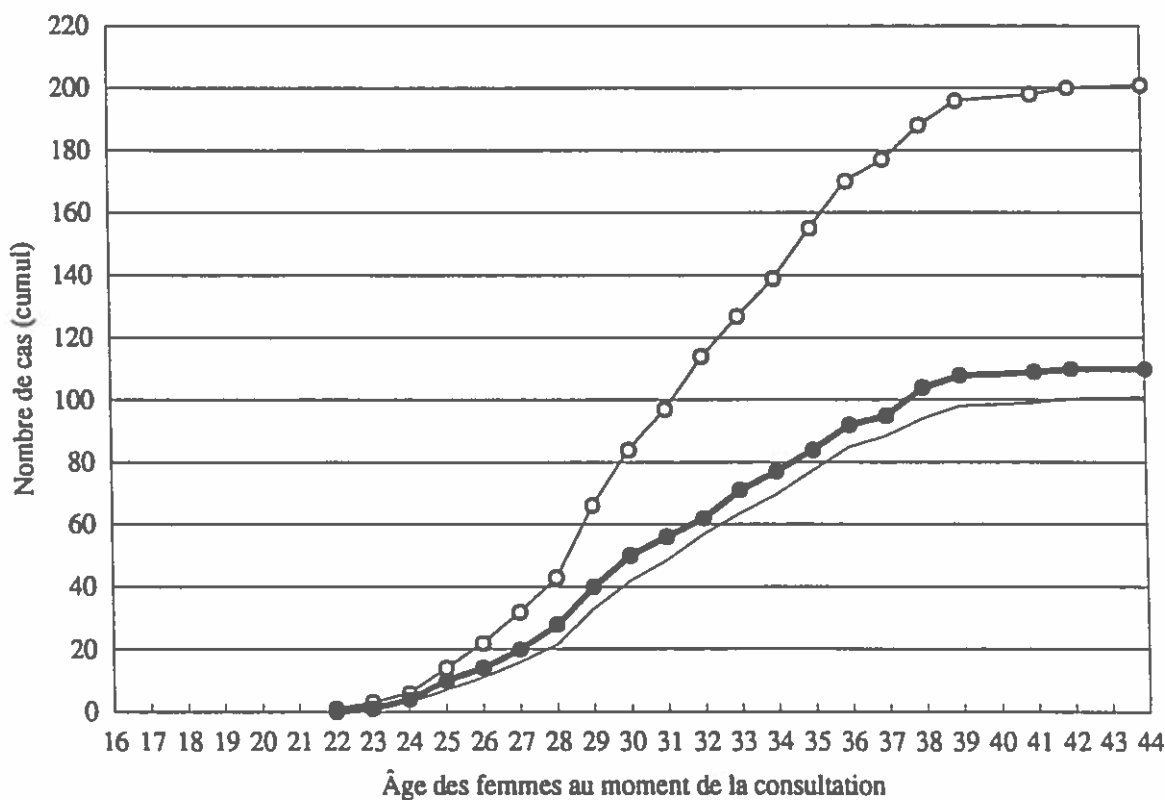
Nous avons constaté que les femmes qui avaient eu des problèmes après le premier bébé et qui avaient été motivées pour la rééducation, avaient une attitude préventive, systématique, pendant la deuxième grossesse et dans le post-partum immédiat. Elles notent de meilleurs résultats dans le deuxième post-partum.

2. Analyse par rapport aux facteurs de risque et de protection

2.1 Facteurs généraux

2.1.1 L'âge de la mère lors de la consultation

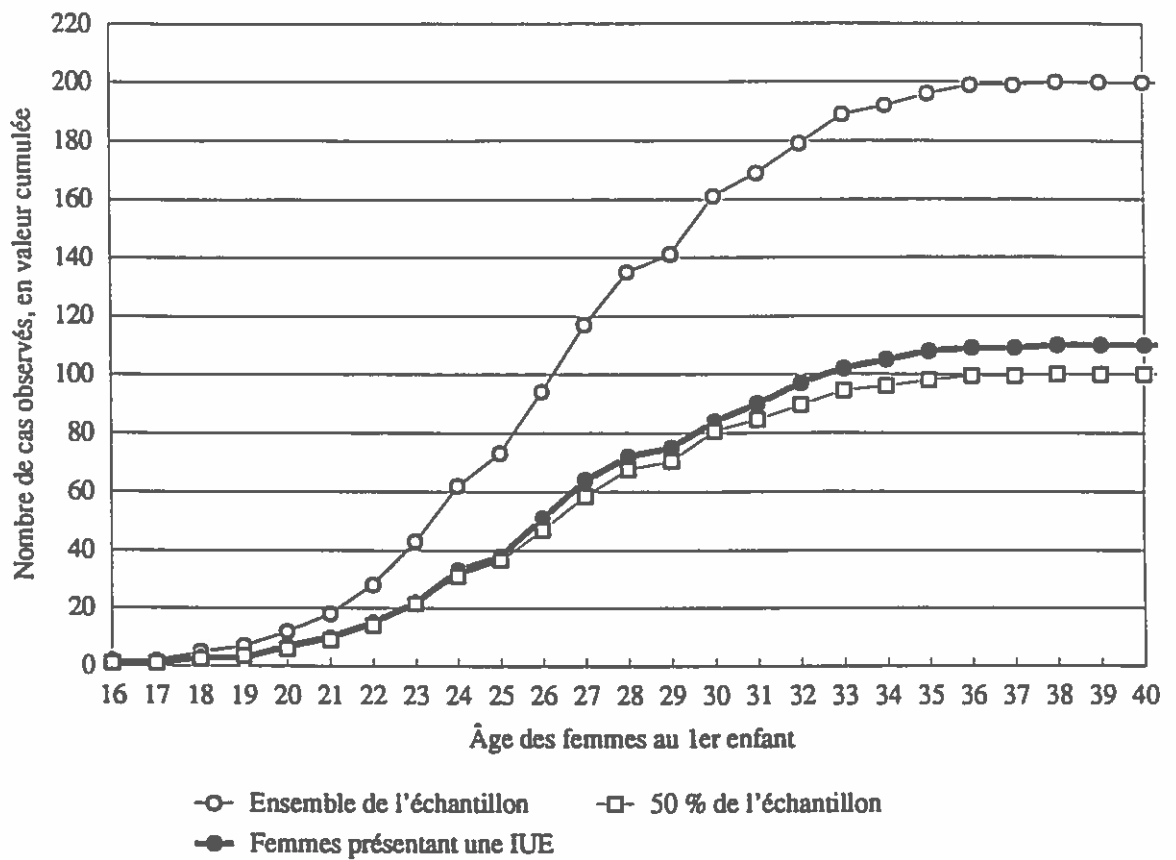
RÉPARTITION EN FONCTION DE L'ÂGE



-○- Ensemble de l'échantillon -●- Femmes présentant une IUE — 50% de l'échantillon

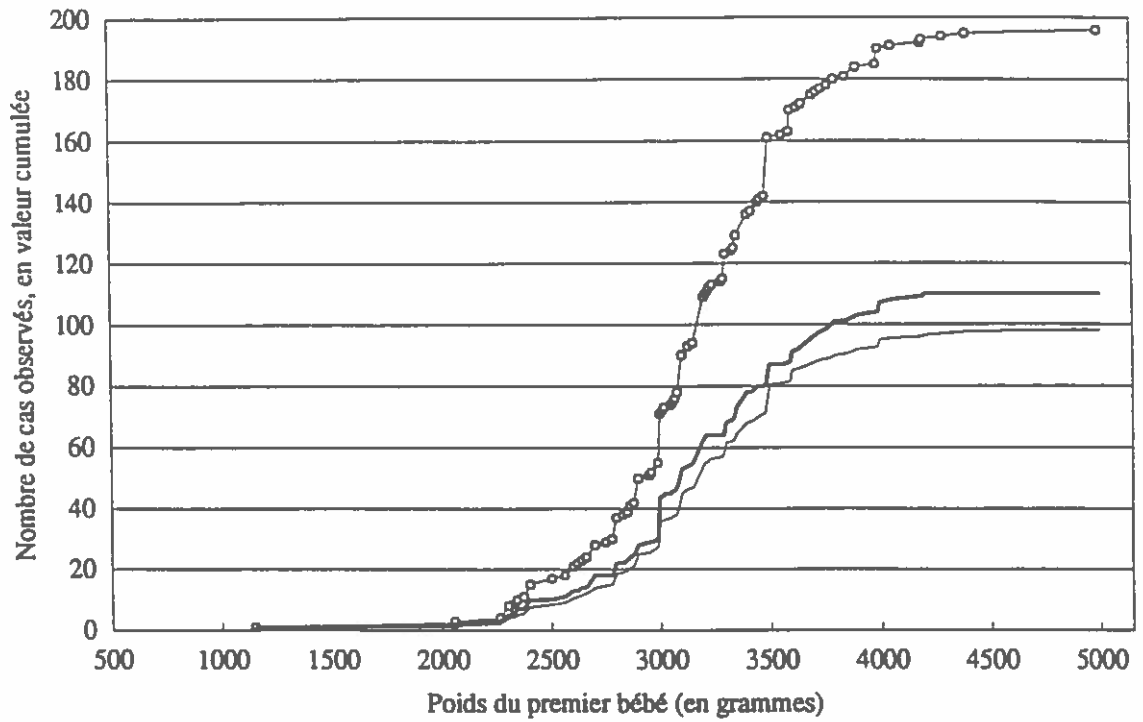
2.1.2 L'âge de la mère au premier enfant

Répartition en fonction de l'âge au 1er enfant



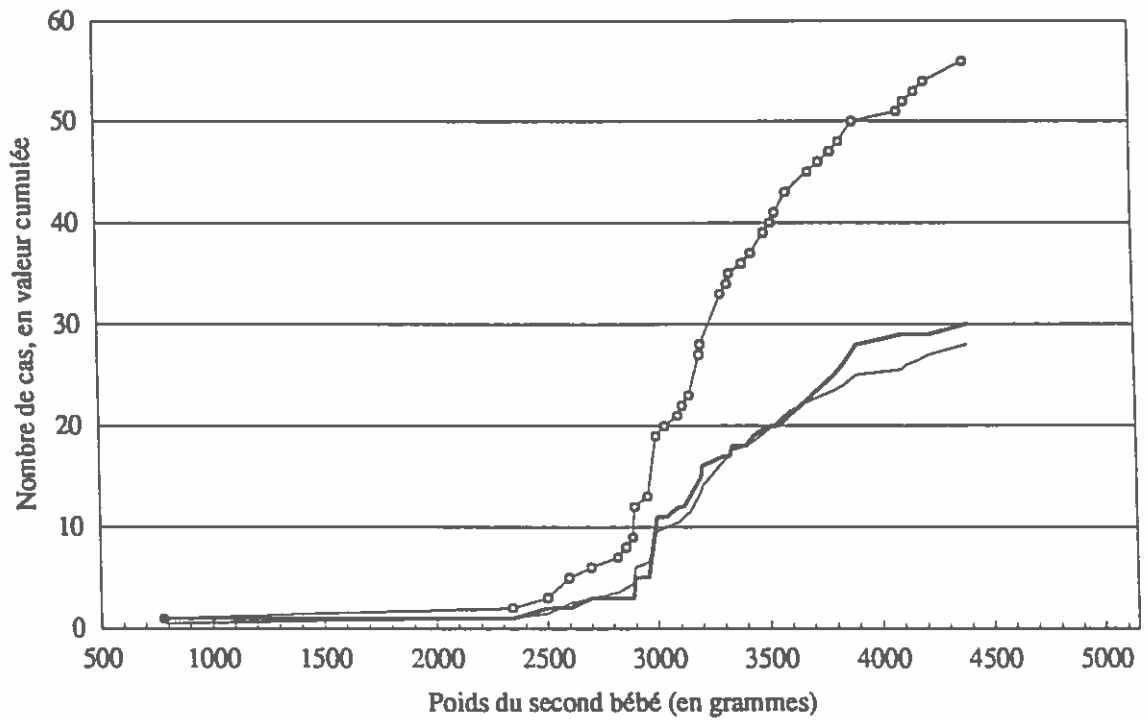
2.1.3 Poids du bébé (voir courbes page suivante)

RÉPARTITION EN FONCTION DU POIDS DU PREMIER BÉBÉ



○ Ensemble de l'échantillon - - - 50 % de l'échantillon
— Femmes présentant une IUE

RÉPARTITION EN FONCTION DU POIDS DU SECOND BÉBÉ



○ Ensemble de l'échantillon - - - 50 % de l'échantillon
— Femmes présentant une IUE

2.2 Dans le *pre-partum*

51,3 % d'IUE dans le groupe préparé ; le groupe [PPO] seulement compte 59 % d'IUE.

2.3 Dans le *per-partum*

2.3.1 Césarienne

Au premier enfant, 9 IUE sur 24 césariennes soit 37,5 % des césarisées et 8,2 % des IUE.

2.3.2 Péridurale

57 % d'IUE dans le groupe avec péridurale et 54 % dans le groupe sans péridurale.

2.3.3 Réflexe expulsif

Premier bébé –

Avec réflexe : 43,9 % d'IUE.

Sans réflexe : 65,2 % d'IUE.

Ce résultat est significatif (chi-2 : 0,00448).

Deuxième bébé –

Avec réflexe : 43,3 % d'IUE.

Sans réflexe : 60 % d'IUE.

2.3.4 Nombre de poussées

Premier bébé –

3 à 5 poussées : 46 % d'IUE.

10 poussées ou plus : 72,2 % d'IUE.

Ce résultat est significatif (chi-2 : 0,00059).

Deuxième bébé –

3 à 5 poussées : 52 % d'IUE.

10 poussées ou plus : 40 % d'IUE.

2.3.5 Expression

Premier bébé –

Avec expression : 57,4 % d'IUE.

Sans expression : 56 % d'IUE.

Deuxième bébé –

Avec expression : 57 % d'IUE.

Sans expression : 47 % d'IUE.

2.3.6 Épisiotomie

Premier bébé –

Avec épisiotomie : 60 % d'IUE.

Sans épisiotomie : 45 % d'IUE.

Deuxième bébé –

Avec épisiotomie : 50 % d'IUE.

Sans épisiotomie : 50 % d'IUE.

2.3.7 Forceps

Avec forceps : 54 % d'IUE.

Sans forceps : 55 % d'IUE.

2.4 Dans le *post-partum*

2.4.1 IUE et travail périnéal postnatal

Trop peu de femmes ont un travail précoce du périnée, et celui-ci est trop peu systématisé (quelques « pipi-stop »...) pour qu'on puisse valablement évaluer ce paramètre (statistiquement indifférent ici).
Le travail du périnée en rééducation représente aussi un faible nombre de cas (14 cas sur les 21 femmes qui en ont bénéficié).

2.4.2 IUE et abdominaux

62 femmes sur les 113 qui ont fait une rééducation abdominale ont une IUE soit 54,8 % du groupe ; elles représentent 56 % des IUE.

2.5 Facteurs non-obstétricaux

2.5.1 IUE et sport

67 des 126 femmes qui étaient sportives dans l'adolescence ont une IUE, soit 53 % du groupe; elles représentent 60 % des IUE. Le fait que le sport ait été pratiqué à un niveau de compétition ne modifie pas sensiblement les résultats : 18 IUE sur 36 soit 50 %.

La danse et l'équitation ne semblent pas assurer une protection meilleure : 30 IUE sur 52 soit 57,6 %.

La pratique à l'âge adulte obtient un score de 50 % d'IUE.

Il ne faut toutefois pas oublier dans l'interprétation des résultats qu'une grande proportion des IUE est révélée au cours de la deuxième grossesse. Les femmes n'ont donc pas été gênées dans leur pratique sportive jusque-là. Il serait particulièrement intéressant de voir le devenir après ce deuxième enfant.

Le faible nombre de 2^o pares dans l'échantillon ne permet pas une véritable analyse.

2.5.2 Antécédents familiaux d'incontinence

19 IUE sur les 34 cas de l'échantillon soit 56 % du groupe; le nombre de cas est faible et la fiabilité médiocre (cf méthode).

2.5.3 Constipation

41 IUE sur 69 constipées soit 59 % du groupe, et 37 % des IUE.
Avec poussées : 27 IUE sur 46 soit 58,6 % du groupe.

2.5.4 Pesanteur

Au premier enfant : 5 IUE sur 7 cas soit 71 %.

Au deuxième enfant : 55 IUE sur 86 cas soit 63,9 %.

Au troisième enfant : 20 IUE sur 36 cas soit 55 %.

Bien que la sensation de pesanteur soit une notion très subjective, nous sommes troublé par les résultats. On peut penser qu'il faudrait explorer cette plainte : est-elle révélatrice d'un terrain, par exemple, de laxité ligamentaire ?

– Au total –

Il ne semble pas possible de dégager des conclusions simples de cette étude. Dans la pratique actuelle de l'obstétrique, le problème de l'IUE paraît mal résolu. Aucun des critères ne semble principalement responsable ou protecteur. Ceci est en accord avec la plupart des études qui montrent que l'IUE est multifactorielle.

Le premier accouchement est beaucoup plus traumatique (le total IUE dans le premier *post-partum* augmenté de l'incidence dans la deuxième grossesse, est voisin de 80 %).

La préparation telle qu'elle est pratiquée n'assure pas l'éducation périnéale et ne peut donc pas avoir d'action préventive.

La poussée-bloquée prolongée dans 40 % des cas s'accompagne souvent d'expression.

La rééducation est abdominale.

L'hygiène de vie n'est pas intégrée (constipation, poussée).

L'épisiotomie, la pratique sportive sont des éléments qui devraient assurer une bonne qualité périnéale, selon certains auteurs : ils ne semblent pas ici assurer une très bonne performance.

Les deux seuls résultats significatifs de cette étude sont la relative protection assurée par la présence du réflexe expulsif et une expulsion rapide. Le réflexe expulsif n'a pas été une variable étudiée dans les autres enquêtes. La rapidité de l'expulsion est, pour certains, un élément protecteur (1)(42). Il semble ici que rapidité d'expulsion et réflexe soient liés. Par ailleurs, nous avons la surprise de remarquer que la césarienne ne protège pas totalement. Enfin, nous avons mis en évidence l'importance d'une donnée d'interrogatoire : la sensation de pesanteur.

Il serait intéressant de voir si une autre approche de la maternité à tous ces niveaux, permettrait de changer le score d'IUE.

2.6 Variables complexes

2.6.1 Incidence de l'IUE au cours de la 2^e grossesse (nommée INC2)

Définition : IUE = 1, incontinence avant la 1^{re} grossesse = 0, IUE pendant la 1^{re} grossesse = 0, IUE *post-partum* = 0, IUE pendant la 2^e grossesse = 1.

INC2 = 34 %.

Ce résultat est important et doit nous conduire à la plus grande vigilance ; il ne suffit pas d'être exempte de problèmes dans le *post-partum* pour être indemne de toute atteinte. Un contrôle systématique devrait être fait et une réelle prévention instaurée.

2.6.2 Incidence de l'IUE au cours de la 3^e grossesse (INC3)

IUE = 1, incontinence avant la 1^{re} grossesse = 0, IUE pendant la 1^{re} grossesse = 0, IUE *post-partum* 2^e bébé = 0, IUE pendant la 3^e grossesse = 1.

INC3 = 7 %.

Nous avons vu que le deuxième accouchement était beaucoup moins traumatique : plus rapide, réflexe à 80 %, moins d'épisiotomies, moins d'expression (mais poids moyen des bébés plus important et âge plus élevé de la mère).

A. PIGNÉ (1) et O. COTELLE (1)(8) ont montré qu'en cas de problème, il n'y avait pas d'aggravation sensible au cours du deuxième accouchement.

Nous pouvons donc penser que la réduction des facteurs traumatiques joue un rôle important.

Le premier accouchement est fatalement celui qui « fait le passage »... peut-être faudrait-il tout faire pour le faire en douceur ?

2.6.3 Réflexe expulsif, expression et IUE

Réflexe expulsif, expression et IUE –

Définition : IUE = 1, réflexe = 1, expression = 1

13 cas soit 7,2 % du total voie basse + césarienne avec poussée et 48 % du groupe réflexe + expression.

Réflexe, pas d'expression et IUE –

Définition : IUE = 1, réflexe = 1, expression = 0

19 cas soit 10,5 % du total voie basse + césarienne avec poussée et 42 % du groupe réflexe sans expression.

L'expression augmente le pourcentage d'IUE par rapport au réflexe pur.

Au total —

Pour le premier enfant, l'IUE se rencontre chez 56,9 % des patientes concernées par l'expression (avec ou sans réflexe).

L'IUE se rencontre chez 43 % des patientes qui ont eu un réflexe expulsif (avec ou sans expression).

Lorsque le réflexe expulsif s'accompagne d'expression, l'IUE atteint 48 % du groupe considéré.

Lorsqu'il y a eu réflexe sans expression, l'IUE n'est que de 42 % du groupe.

Le nombre de cas réflexe pur est malheureusement trop limité pour être significatif.

Pour le deuxième enfant les résultats ne sont pas contradictoires. Cependant, ces résultats ne sont pas seulement significatifs par le nombre de cas, mais aussi par le fait qu'il n'y a pas eu de différenciation entre les IUE de novo au 2^e accouchement et les IUE acquises.

2.6.4 Réflexe et durée de poussée

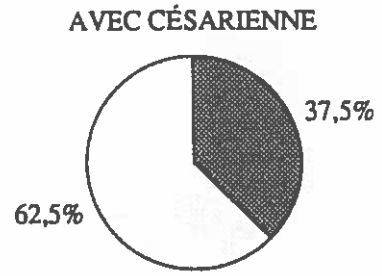
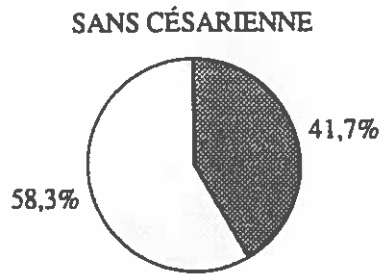
Expulsion rapide (réflexe présent et 3 à 5 poussées).

Au premier bébé, 61 femmes ont eu une expulsion rapide avec réflexe expulsif soit 84,7 % des femmes qui ont eu envie de pousser.

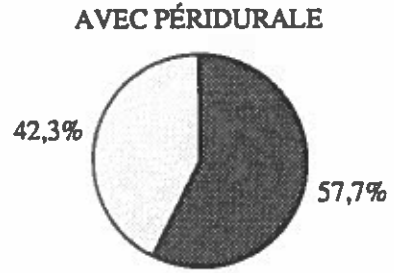
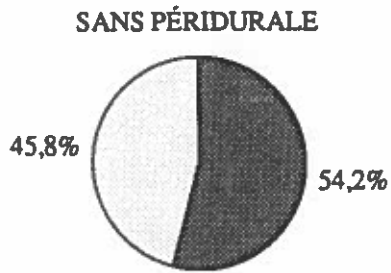
Au deuxième bébé, 21 femmes ont eu une expulsion rapide avec réflexe expulsif soit 70 % des femmes qui ont eu envie de pousser.

Il est net que la présence du réflexe expulsif abrège la phase de poussée.

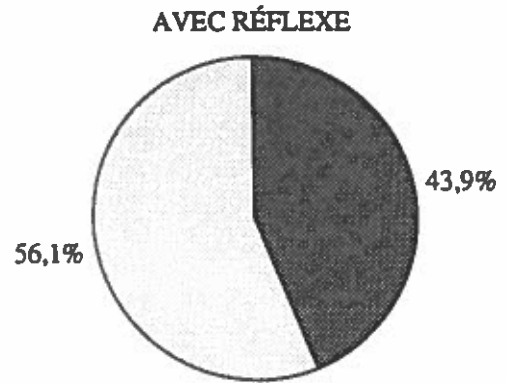
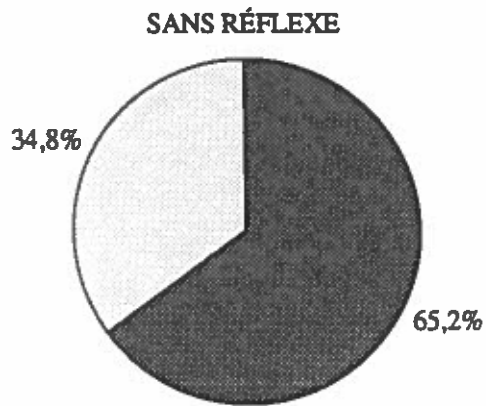
RÉPARTITION EN FONCTION DE LA CÉSARIENNE AU 1.ER ENFANT



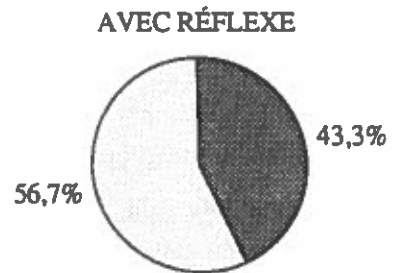
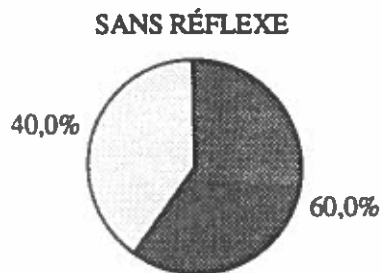
RÉPARTITION EN FONCTION DE LA PÉRIDURALE



EN FONCTION DU RÉFLEXE EXCLUSIF AU PREMIER BÉBÉ



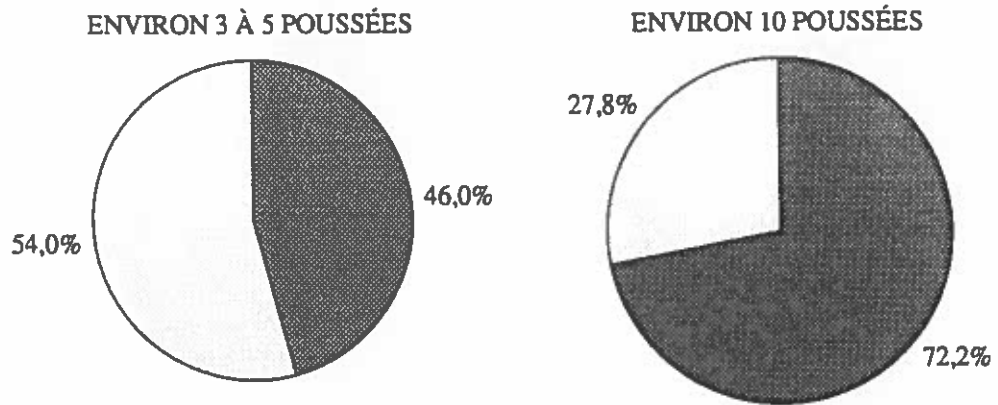
EN FONCTION DU RÉFLEXE EXCLUSIF AU SECOND BÉBÉ



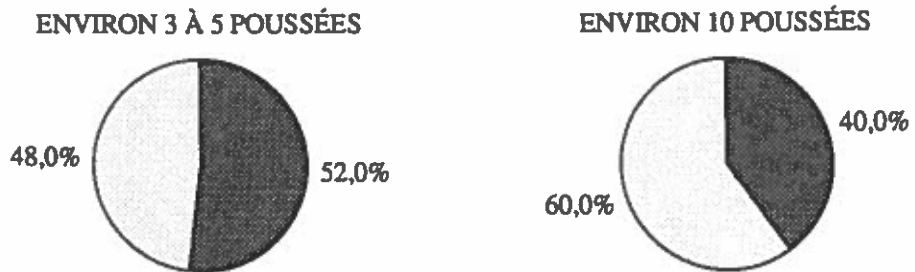
Sans IUE
 Avec IUE

➔ Résultat significatif

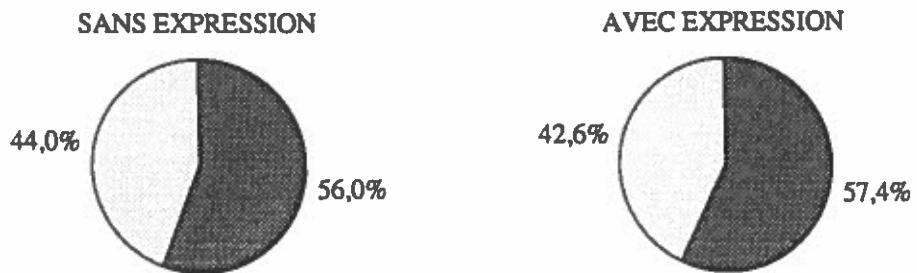
EN FONCTION DU NOMBRE DE POUSSÉES AU PREMIER BÉBÉ



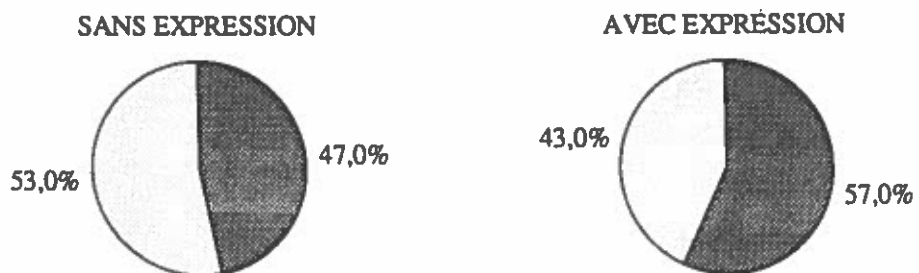
EN FONCTION DU NOMBRE DE POUSSÉES AU SECOND BÉBÉ



EN FONCTION DE L'EXPRESSION DU PREMIER BÉBÉ

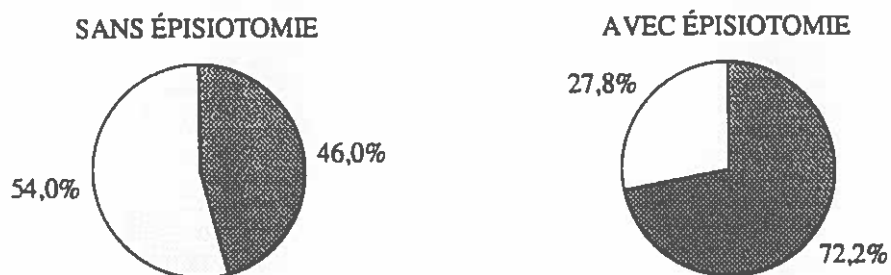


EN FONCTION DE L'EXPRESSION DU SECOND BÉBÉ

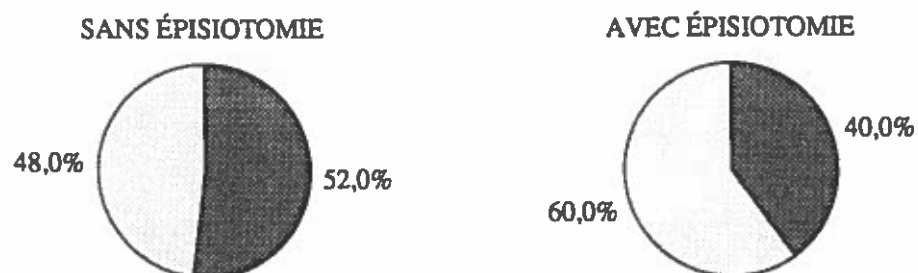


 Sans IUE  Avec IUE  Résultat significatif

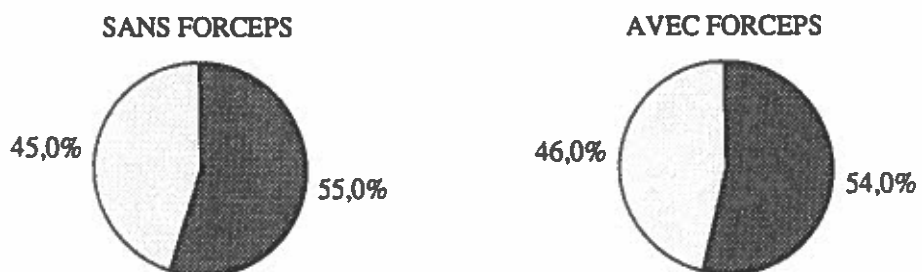
EN FONCTION DE L'ÉPISIOTOMIE AU PREMIER BÉBÉ



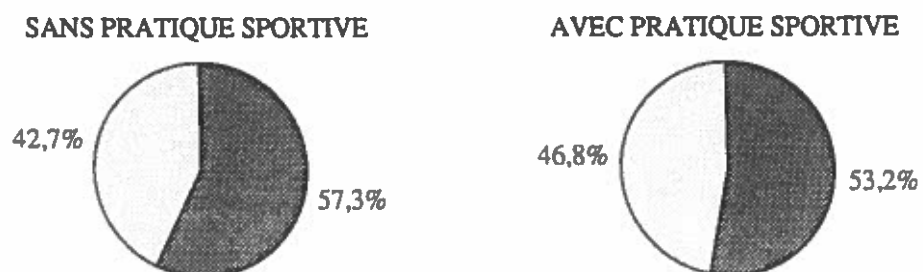
EN FONCTION DE L'ÉPISIOTOMIE AU SECOND BÉBÉ



EN FONCTION DU FORCEPS



EN FONCTION DE LA PRATIQUE SPORTIVE DANS L'ADOLESCENCE



 Sans IUE  Avec IUE

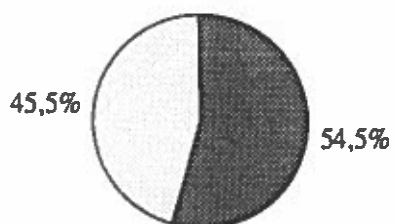
EN FONCTION DE LA RÉÉDUCATION ABDOMINALE

AVEC RÉÉDUCATION ABDOMINALE

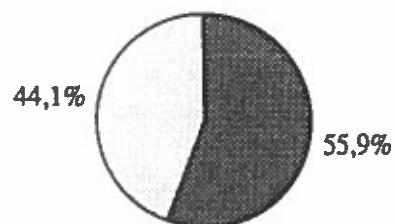


EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS

SANS ANTÉCÉDENTS

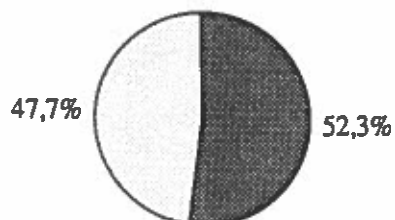


AVEC ANTÉCÉDENTS

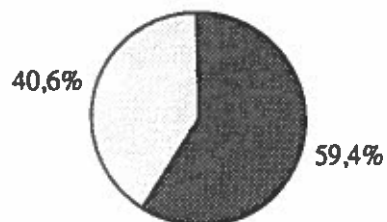


EN FONCTION DE LA CONSTIPATION

SANS CONSTIPATION



AVEC CONSTIPATION



EN FONCTION DE LA PESANTEUR AU DEUXIÈME ENFANT

AVEC PESANTEUR



Sans IUE



Avec IUE

**TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION
ET PROPOSITION DE PRÉVENTION**

Nécessité d'une prévention

et propositions dans les trois temps,

pre- per- et post-partum

CHAPITRE PREMIER

NÉCESSITÉ DE LA PRÉVENTION

*

Les résultats que nous venons de présenter suffisent à démontrer la nécessité d'une réflexion prophylactique.

Les éléments de prévention que nous allons maintenant aborder tirent leurs fondements à la fois de l'expérience acquise au fil des années à l'écoute des mères, kinésithérapeutes et rééducateurs, d'une approche « mécanique » du corps, et du bon sens. Par ailleurs, les traditions, nombreuses en ce qui concerne l'accouchement et les suites de couches, nous ont donné à réfléchir.

Nous avons ainsi eu l'occasion d'entendre des témoignages sur les pratiques du Maghreb, de Thaïlande, de l'Inde, de l'Afrique noire. Les films « Pour que ses jours fleurissent » et « Berceau de l'Humanité » montrent quelques-unes de ces pratiques.

I. PRÉVENTION PRIMAIRE, PRÉVENTION SECONDAIRE

La prévention primaire se compose en deux temps :

- *La prévention pré-natale*, qui devrait commencer dès le plus jeune âge, être systématique dès les premières consultations gynécologiques, et impérative en préparation à l'accouchement, est le plus souvent inexistante dans nos civilisations.
- *La prévention lors de l'accouchement* supposerait une réflexion approfondie, et surtout une évaluation des pratiques actuelles et des alternatives (que cette thèse a partiellement abordées).

La prévention dans les suites de couches, immédiates, lointaines et pour la vie entière, ainsi que les conseils d'hygiène de vie font partie de *la prévention secondaire*, voire de la thérapeutique. Elle est aussi partie prenante de la prévention primaire, pour les femmes qui n'ont aucun problème.

II. LA PRÉVENTION PRIMAIRE, NÉCESSITÉ D'UNE ÉDUCATION

Il s'agit d'une éducation périnéale et d'un *travail périnéal actif substitutif*, le travail périnéal automatique étant tout à fait insuffisant dans nos sociétés, de par le mode de vie et les tabous de l'éducation.

Le mode de vie : sédentarité, station assise très prolongée pour beaucoup, sur des sièges trop hauts. Station debout quasi-statique pour d'autres, avec des chaussures souvent à talons et non pieds nus.

Le portage des poids à bout de bras et non sur la tête, dans le dos, ou par bandeau frontal comme les indiennes d'Amérique (38)(39), accentue les effets de la pesanteur, en particulier sur le plancher pelvien et le système ligamentaire. Ceci d'autant que la statique est mauvaise. Ce qui entraîne le relâchement périnéal et la quasi-impossibilité de verrouillage.

Or la statique est toujours mauvaise, parce que la station érigée est imparfaite ; il faudrait un travail correct du pied, un étirement à partir d'une bascule vraie du bassin avec poussée sur le sommet de la tête. Tout cela est plus facile, plus automatique, lorsqu'on est nus pieds, un poids sur la tête !

Les tabous éducatifs : l'éducation sexuelle, quand elle est faite est théorique. Elle ne va pas jusqu'à proposer la prise de conscience et l'entraînement à la contraction périnéale. Il faut souvent attendre de consulter un sexologue pour aborder cela !

On dit que les occidentales font l'amour avec leur bassin et les orientales avec leur sexe. Ceci explique peut-être les curiosités dont sont si friands les touristes : femmes fumant par le vagin, etc.

Quoiqu'il en soit, la littérature sur le sujet est très ancienne dans ces pays (Tantra Yoga, Tao de l'art d'aimer, Kamasoutra et autres estampes très explicites)(14)(7). Le sujet est abordé simplement, clairement, sans sous-entendus. Les enfants sont souvent représentés, ils jouent près du couple, naturellement. Beaucoup de scènes se passent à l'extérieur, dans la nature, au vu et su de tous (cf : « L'érotisme Chinois »)(7).

La maîtrise de la contraction périnéale fait partie de l'éducation des petites filles qui doivent apprendre, entre autre, à « uriner sans bruit ».

On sait par ailleurs que la maîtrise sphinctérienne est très précoce en Afrique où les enfants sont portés nus (cf : « Berceau de l'Humanité »). Nos couches n'arrangent peut-être pas tout ! Quant aux longues séances sur le pot, elles sont réputées « faire descendre le fondement »...

Chez nous, le tabou a été si fort qu'il a conduit à la rééducation périnéale classique en kinésithérapie : serrage des cuisses contre résistance, sans contrôle, sans visualisation (les femmes étaient habillées et le kinésithérapeute n'avait pas le droit de faire un toucher).

Les cours d'éducation physique, ainsi que toutes les activités sportives, n'intègrent pas le périnée. Cette zone est anatomiquement dénommée honteuse.

L'intérêt limité et récent des professionnels : les séances de préparation à l'accouchement auraient dû être le lieu privilégié de cet apprentissage. L'enquête ci-dessus confirme tous les témoignages : les préparations sont très peu physiques, le « pipi-stop » est souvent le seul exercice proposé. Il n'y a jamais de contrôle, pas d'apprentissage d'auto-contrôle, pas d'intégration dans le corps, dans la dynamique, dans le quotidien.

L'intérêt même d'un entraînement périnéal est contesté sous le prétexte qu'il ne faut pas trop renforcer le périnée mais au contraire le détendre... Ce qui prouve la totale

méconnaissance de la physiologie musculaire et conduit le plus souvent à pousser sur le périnée pour le détendre, entraînant la confusion dans la perception sensorielle.

Ainsi les femmes vont-elles confondre relâchement et étirement, et vont-elles s'imprégner d'un schéma de poussée vers le bas particulièrement néfaste.

À notre connaissance les examens gynécologiques ne donnent jamais lieu (en dehors du *post-partum* dans le meilleur des cas) à un testing éducatif ou de surveillance. La plainte des femmes, informées par les médias, est souvent le point de départ de l'examen et de la prescription. Mais 69 % des femmes présentant un problème, n'en ont jamais parlé au médecin (enquête Debat)(11).

CHAPITRE 2

PROPOSITIONS DANS LES TROIS TEMPS,
PRE, PER, ET POST-PARTUM

*

Voilà autant de facteurs qui nous amènent à émettre quelques propositions.

I. DANS LE PRE-PARTUM

Il nous paraît possible – faute de pouvoir agir aux différents niveaux analysés plus haut – de profiter des préparations à l'accouchement pour sensibiliser les femmes, les éduquer, et préparer efficacement les autres temps de la prévention.

Ceci suppose des *sages-femmes motivées* par le travail corporel, *formées* à ce type d'animation. Il faut en effet qu'elles aient elles-mêmes une bonne perception de leur périnée et au-delà, de leur corps, ce qui suppose un travail sur elles-mêmes.

Il est en effet peu utile de faire un travail isolé du périnée : il faut l'associer à un travail sur la statique (si fondamental pour les futures mères, à différents niveaux), à la lutte contre la pesanteur, aux différentes positions dans l'espace. Il faut pouvoir contracter son périnée avec ou sans les adducteurs, sans ou malgré les abdominaux, pouvoir se pencher en avant, soulever un poids, monter des escaliers sans que tout relâche (rachis, abdominaux, périnée) (cf : vidéo).

En effet si notre statique était toujours parfaite, nos gestes bien conduits, le périnée travaillerait forcément en élasticité, comme celui des indiennes étudiées par M. Paciornik. Il est facile, pour s'en convaincre, d'observer la différence de pesanteur pelvienne et de fermeture vaginale selon que l'on est debout cambré ou bassin basculé (par la rotation externe des fémurs bien sûr, et non par la contraction des abdominaux grands droits !).

Il est par ailleurs indispensable de réapprendre la respiration, (généralement « à l'envers ») et d'y associer le périnée pour l'entraîner à résister aux pressions abdominales que représentent la toux, l'éternuement, le rire. Il s'agit donc d'un serrage périnéal initial et isolé, puis d'une expiration avec maintien du verrouillage et remontée du diaphragme ; et enfin, d'un relâchement périnéal accompagné d'une inspiration.

Bien entendu la prise de conscience du relâchement périnéal se fera à travers des exercices d'aspiration diaphragmatique, soit par le biais de postures inversées ou suspendues, soit par la maîtrise respiratoire (cf : *per-partum*).

De même, il faudrait que la préparation à la poussée soit modifiée, et les éléments mécaniques de l'accouchement explicités aux mères.

Il est important de sensibiliser aussi les pères et de les préparer à aider physiquement les mamans.

II. DANS L'ACCOUCHEMENT

Les propositions concernant la prévention au moment de l'accouchement demandent quelques développements.

Préalables

Il est nécessaire de préciser les notions de *rétroversion* et *antéversion* du bassin, de nombreuses difficultés de communication provenant de confusions classiques à ce propos. Dans un deuxième temps, nous évoquerons le relâchement et ses composantes.

A – Notions de *rétroversion* et d'*antéversion* du bassin

- Notion de *rétroversion* du bassin, différence avec un dos rond

Il ne faut pas confondre *rétroversion* du bassin et dos rond. Le passage du décubitus dorsal à la position génu-pectorale réalise une *rétroversion*. Le rachis lombaire est étiré, le ventre est détendu, le diaphragme libre et la respiration naturelle possible.

Cette position recentre le col et *rétrouve* aussi l'utérus, dirigeant le vagin oblique en haut et en avant, soulageant le plancher pelvien de toute tension.

Le passage de la position gynécologique à la position de poussée, entraîne la remontée de la tête, le tirage sur les barres par les bras.

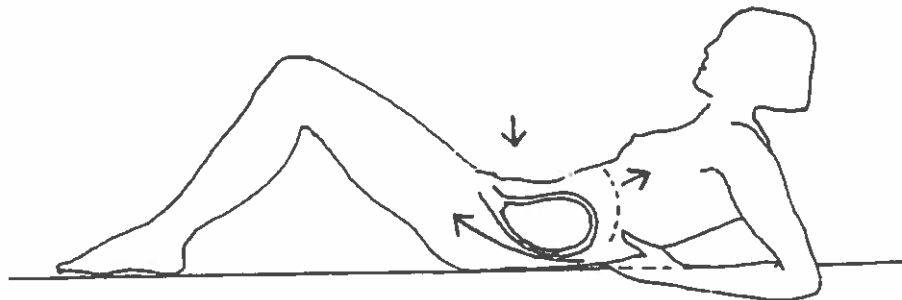
Il y a alors dos rond : les épaules se rapprochent du bassin et le haut du dos s'arrondit. Il n'y a pas d'étirement du rachis, mais blocage du diaphragme, contraction des grands droits et diastasis. La respiration abdominale devient impossible; il s'installe une respiration paradoxale.

Quant au *bassin*, ce n'est pas lui qui a tourné et réalisé une *rétroversion*. Il est même, *dynamiquement en antéversion* (passage du décubitus dorsal à une position plus verticalisée).

On se trouve ici dans une attitude de tassement, avec flexion du haut du dos, ce qui provoque au niveau utérin une opposition des axes de force : l'utérus est antéversé, projeté vers le nombril et non contre le rachis comme dans la *rétroversion* du bassin.

Dès lors, les contractions et la poussée diaphragmatique ont des directions différentes et ne s'ajoutent pas.

Rétroversion du bassin. Abdominaux profonds serrés, grands droits étirés.
Diaphragme remonté, utérus rétroversé, présentation dirigée vers le périnée antérieur.



- Notion d'*antéversion*, différence avec une cambrure

Le passage de la position de décubitus dorsal à la position assise, *a fortiori* la flexion

avant du tronc sur les cuisses, entraînent l'antéversion du bassin. À partir de la position assise, l'antéflexion du tronc entraîne une antéversion du bassin sans cambrure, c'est-à-dire sans lordose lombaire.

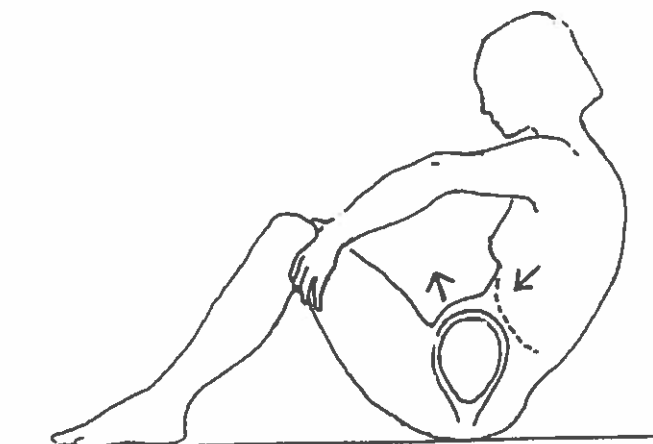
Au contraire, le fait de passer de la position genu-pectorale à la position de décubitus dorsal est une antéversion du bassin avec lordose lombaire.

À un degré moindre, le passage « genoux sur poitrine » à la position gynécologique classique entraîne cette dissociation entre le rachis dorsal et le rachis lombaire. Il se produit une angulation qui antéverse l'utérus en le « coudant » au niveau du nombril.

Dans l'antéversion sans cambrure, l'ensemble du rachis est solidaire.

Le diaphragme peut parfaitement se mobiliser, les abdominaux profonds peuvent se contracter et se détendre, le plancher pelvien est lui aussi libre et fonctionnel. Les contractions de la sangle abdominale profonde, réflexes ou volontaires, sont concentriques et s'ajoutent aux contractions utérines.

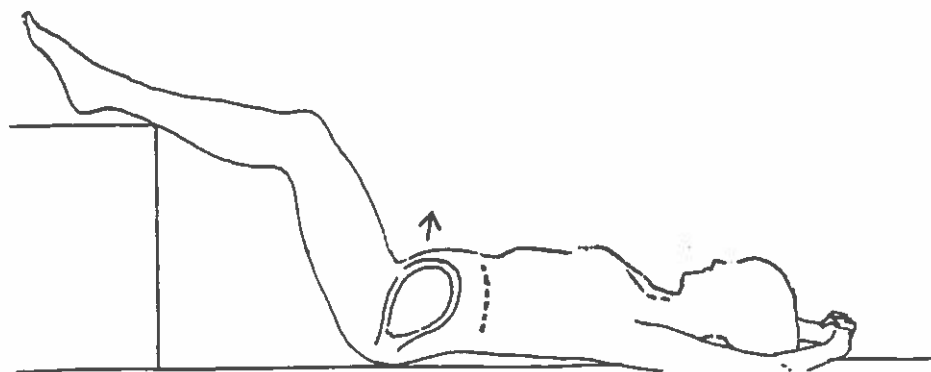
En cas de cambrure, le diaphragme ne peut descendre normalement, les abdominaux deviennent excentriques et le périnée est en tension.



**Dos rond. Bassin en dynamique d'antéversion. Abdominaux grands droits contractés.
Diaphragme bloqué en bas. Antéversion utérine avec projection du bébé sur la symphyse.**

• **Conséquence : la position des étriers est fondamentale**

Dès lors que l'angle entre les fémurs et le rachis est inférieur à 90° , il y a rétroversion vraie du bassin. Si la position des étriers amène à avoir un angle supérieur à 90° , il y a cambrure.



Position gynécologique. Angle tronc/cuisse supérieur à 90° . Cambrure, poussée sur le ventre, antéversion utérine.

Au total –

La position gynécologique classique est une position intermédiaire du bassin qui ne réalise ni une rétroversion, ni une antéversion, mais une cambrure, c'est-à-dire un cap supplémentaire dans la dynamique de la naissance, non cohérent avec les forces naturellement prévues pour la progression du fœtus.

La position de poussée ne corrige pas la trajectoire puisqu'elle ne réalise pas la rétroversion du bassin, mais arrondit le haut du dos, en le rapprochant d'un bassin qui reste dynamiquement antéversé.

B – Le relâchement périnéal : ses composantes

Le relâchement périnéal peut s'étudier d'une manière *globale et analytique*.

Les éléments de relâchement global sont valables pour l'ensemble du périnée :

- L'absence de contraction volontaire. Ceci n'est pas un problème au moment de l'accouchement, car elle ne pourrait être maintenue longtemps.
- L'absence de synergies parasites, faciles à éliminer par le positionnement (infra).
- La diminution du réflexe myotatique.
- La remontée du diaphragme.

• Au plan global

– Les synergies

On a longtemps fondé la rééducation périnéale sur la synergie *adducteurs-périnée*. Les mesures en bio-feedback et électromyographie ont permis de démontrer que *les adducteurs seuls n'ont pas d'action* (4) (cf : la vidéo cassette « Le Périnée Féminin »).

En revanche, *les rotateurs externes du bassin sont synergiques*, ce qui explique les périnées très durs des danseuses (dûs aux attitudes dites en « en dehors ») et des cavalières.

Il faudra donc limiter l'action des fessiers en particulier. C'est ainsi que les parturientes, en position gynécologique, qui prennent appui sur leurs jambes et soulèvent le bassin, bloquent leur périnée. Un moyen simple de neutraliser cette synergie est de réaliser l'hyperflexion des hanches en ramenant les cuisses sur le ventre le plus possible. Dans cette attitude, même en cas d'appui des pieds sur les barres par exemple, il n'y a plus d'interaction des fessiers. C'est aussi ce que l'on peut constater en position accroupie.

– La diminution du réflexe myotatique

C'est-à-dire, un réflexe de contraction du muscle à l'étirement. Si l'étirement est limité, le réflexe myotatique diminue. Par ailleurs, un étirement très progressif est beaucoup mieux toléré. C'est le principe des échauffements, des entraînements. On ne saurait faire un grand écart sans aucune préparation... Mais on demande beaucoup plus au périnée, très brutalement, dans la poussée-bloquée. Ceci explique que des petits bébés, parce qu'ils sortent en « bouchon de champagne », déchirent souvent plus que des plus gros qui glissent très progressivement.

La poussée en expiration forcée est beaucoup moins violente. Elle « démoule » le bébé, c'est-à-dire qu'elle cherche à « retirer le moule » (le corps de la mère), et à adapter le bébé. Mais surtout elle suspend l'ensemble des viscères par la remontée du diaphragme, elle ouvre le périnée « comme une trappe » par sa remontée passive. L'enfant va glisser dans le canal et ne pas buter sur une résistance.

- La remontée du diaphragme

Ce relâchement trouve sa confirmation dans l'IUE elle-même. C'est en effet lors des temps expiratoires, avec remontée du diaphragme (toux, éternuement, rire, vomissement...), que le périnée se trouve relâché au moment où la pression abdominale est maximum sur la vessie.

La base de la rééducation est de conditionner à un verrouillage volontaire préalable et persistant au moment de l'effort (4)(5)(9). En effet, la réponse réflexe à l'étirement est trop tardive, la fuite a déjà été générée. Dans la vie courante, les effets de la remontée du diaphragme sont sensibles dans les cours de gymnastique. Lors des postures « inversées », telles que la chandelle par exemple, il peut se produire une aspiration vaginale, très désagréable car peu discrète. Les périnées les plus fonctionnels sont, au cours des rapports sexuels plus relâchés dans certaines positions. Enfin, l'examen gynécologique est plus aisé si la table d'examen est sur cale (comme le pratiquent certains obstétriciens en consultation).

Que ce soit par les effets de la pesanteur, par une remontée diaphragmatique réflexe, par une aspiration diaphragmatique volontaire (pratiquée en yoga), on constate que le périnée s'ouvre comme une trappe, par tirage sur ses berges et relâchement central (6). C'est ce que M. ODENT démontrait à Pithiviers, dans la pratique des accouchements accroupis... selon le type d'accroupi ! (36)(37).

En effet, on a pu mettre en évidence par bio-feedback qu'il y a dans l'accroupi simple, une sollicitation du périnée par la pression viscérale, qui ne permet pas le relâchement total (cf : la cassette video). Ceci explique que les populations qui l'adoptent couramment ont des périnées très toniques (cf : M^r PACIORNIK) (38)(39).

Au contraire, dès qu'on adopte *une position suspendue* (par les bras, sous les épaules ou suspendu à un trapèze), le diaphragme solidarisé aux côtes se trouve bloqué alors que le bassin descend. L'ensemble viscéral est suspendu, aspiré par la remontée diaphragmatique. *Il n'y a plus de poids sur le plancher, la sangle abdominale profonde se contracte et on constate le relâchement périnéal*, semblable, encore une fois à ce qu'il se passe dans le vomissement, la toux, etc. (6)(36)(37)(38).

Or, les accouchements n'ont pas lieu traditionnellement dans des accroupis simples mais dans des positions suspendues (par les bras ou sous les épaules). Et ceci change tout (37)(38).

À défaut d'une telle position, sur la table, le simple fait de ne pas se relever, mais par l'hyperflexion des hanches, va soulager le plancher en surélevant le petit bassin.

Bien sûr, l'expiration prolongée va accentuer la remontée du diaphragme. C'est ce qui se produit dans le cri très puissant et très long qui accompagne certaines expulsions. Encore faut-il que le diaphragme puisse remonter, qu'il ne soit pas bloqué par la position de la nuque, comme lorsqu'on relève la tête.

• Au plan analytique : périnée antérieur, postérieur, transverse, superficiel, profond

- Le périnée antérieur et postérieur sont relâchés de manière antinomique en fonction de la position des fémurs. La rotation externe des fémurs (qui entraîne la rétroversion du bassin) contracte le périnée postérieur et relâche le périnée antérieur. La rotation interne (antéversion du bassin) contracte le périnée antérieur.

[Nota : on peut observer que l'enfant qui tente de retenir sa miction adopte une attitude en rotation interne, alors que celui qui tente de retenir un besoin urgent de défécation a l'attitude inverse !]

L'abduction associée à la rotation externe renforce la contraction du périnée postérieur, mais ouvre surtout le périnée antérieur.

L'adduction, associée à la rotation interne a les effets inverses.

- Le périnée profond et le périnée superficiel, ont aussi une réponse antinomique qui recoupe en partie la partition antérieur, postérieur.
- Le périnée transverse répond à une commande différente quant à la contraction, et à des positions particulières quant à la détente. [Ceci est d'une grande utilité en rééducation, afin d'affiner et de varier le travail].
Il est intéressant de constater que la nature est cohérente, et que la dynamique fœtale est normalement en phase avec les adaptations du corps maternel, lorsque celui-ci est fonctionnel, c'est-à-dire mobile. Une étude de l'iconographie sur la naissance nous montre des attitudes tout à fait adaptées aux différentes phases de l'accouchement (29).
En revanche, la rigidité de notre position gynécologique est tout à fait artificielle et inadaptée à la dynamique du moment (infra).

1. Physiologie de l'accouchement

1.1 Le réflexe expulsif

Les femmes qui ont eu « envie de pousser » n'oublient pas cette sensation d'une force extraordinaire, quelle que soit la fatigue ou la douleur. Il y avait jusque-là les contractions de dilatation, il y a tout à coup quelque chose de très différent, plus fort que la douleur, c'est l'envie de pousser.

Le mot envie est étrangement utilisé ici, comme il l'est pour d'autres réflexes : envie d'uriner, d'aller à la selle... envie de vomir.

Il s'agit en fait d'un *besoin irrésistible*, et le problème est bien plus de se retenir si nécessaire que d'accompagner cette force.

Point n'est d'apprendre à pousser, et dans les pays où l'accouchement n'est pas médicalisé, aucune femme n'adopte spontanément la position et la respiration qui nous paraissent aujourd'hui universelles.

[Nota : En réalité, ces notions ont été imposées depuis quelques générations seulement, et elles ont présidé à la naissance d'un bien faible pourcentage d'enfant dans l'histoire de l'humanité.]

Le réflexe expulsif se déclenche sous la pression de la présentation sur le périnée, de même que l'envie d'aller à la selle se déclenche lorsque l'ampoule rectale est sollicitée. Si l'ampoule rectale est vide aucun « besoin » n'apparaît, et la simple stimulation d'un suppositoire, d'un thermomètre chez le nourrisson, provoque des contractions péristaltiques.

Il est difficile de « pousser » pour aller à la selle en reproduisant une dynamique identique au péristaltisme, et les poussées volontaires sont violentes, prolabantes, peu efficaces. Elles sont faites souffle bloqué, diaphragme descendu, abdominaux relâchés, alors que la défécation naturelle est non violente, non bloquée, et s'accompagne d'une légère contraction du transverse abdominal, ainsi que du relâchement périnéal.

Le réflexe expulsif comporte trois volets : la contraction des abdominaux profonds, la remontée du diaphragme, et le relâchement périnéal.

1.1.1 La contraction

Très puissante, réflexe *des abdominaux profonds*, comparable à tous les réflexes d'expulsion : éternuement, toux, vomissement... Cette contraction va durer tout le temps de la contraction utérine, elle-même extrêmement puissante à ce moment. Ces deux forces sont *additives et concentriques*.

Il n'existe dans l'utérus aucune force « *de haut en bas* », les pressions concentriques sont simplement plus puissantes au niveau du fond utérin, étant donné la structure musculaire.

Cette dynamique peut être comparée à « un tube de dentifrice » serré en son centre... Si les deux extrémités étaient ouvertes, le dentifrice jaillirait par le fond et le haut.

1.1.2 Le rôle du diaphragme

Est antagoniste des abdominaux. Sa descente, dans la technique « inspirez, gonflez le ventre... », empêche la contraction de la sangle profonde.

Ici au contraire, le serrage réflexe est si puissant que le diaphragme est refoulé vers le haut, comme dans la toux, l'éternuement, le vomissement.

[Nota : l'ordre d'inspirer en descendant le diaphragme est ici impossible à exécuter, la force du centre phrénique face à la contraction utérine doublée de la contraction réflexe abdominale, est en effet dérisoire. Nous avons l'épreuve de Valsalva typique avec poussée dans la gorge. Rien n'est donc détendu... et l'on ne voit guère comment le périnée pourrait l'être !]

Dans ce cas de figure, le diaphragme joue le rôle d'un point d'appui, maximisant la pression intra-abdominale et la résultante vers la seule extrémité ouverte. Il y a donc une poussée maximale, sans qu'il y ait toutefois d'effet prolabant, de par la direction des forces, et de par le verrouillage très puissant du transverse (abdominal).

Néanmoins les résistances au niveau du périnée pourraient être levées, et le risque de lésion minimisé, si le diaphragme n'était pas ainsi bloqué, mais remontait progressivement sur l'expiration; la force des contractions utérines et abdominales est en effet tout à fait suffisante. Et l'on recommande bien souvent à la femme de ne plus « pousser », pour préserver son périnée.

1.1.3 Le relâchement périnéal

Le périnée se trouve relâché par deux mécanismes :

- la remontée du diaphragme, comme dans la toux, l'éternuement, le vomissement...
- la diminution du réflexe myotatique, par diminution de l'étirement et adaptation optimale du fœtus.

De plus, le serrage abdominal en ceinture n'entraîne pas la poussée violente du bébé; il est, en quelque sorte démoulé, il glisse hors de l'utérus et à travers le bassin, cependant que l'utérus est suspendu par la remontée diaphragmatique et n'est pas précipité vers le bas. De même, la vessie est-elle maintenue à l'étage abdominal; la contraction du transverse abdominal consolide la construction par un effet de sanglage sus-pubien.

Il est d'ailleurs intéressant de constater que les femmes portent spontanément leurs mains au-dessus du pubis et ont un geste de soutien du bas-ventre, comme pour remonter l'utérus au moment des poussées.

Ces composantes se retrouvent dans les accouchements « traditionnels » (c'est-à-dire dans les pays ne pratiquant pas les méthodes respiratoires et la position gynécologique) :

- soit sur le cri, non de douleur mais d'énergie, puissant, long, venant du ventre et non de la gorge, à l'image du cri de l'haltérophile, du bûcheron, du « haut hisse » du marin,
- soit lors du vomissement spontané, ou du « haut-le-cœur » provoqué par une mèche de cheveux dans la gorge au Maghreb (cf : film, « Pour que ses jours fleurissent »),
- soit au travers des positions suspendues (accroupie, ou assise-soutenue).
Par la suspension, la remontée du diaphragme est automatique, l'étirement des grands droits également, et le serrage de la sangle profonde déjà amorcé.
Quant au bassin, il est évidemment très mobile.

Conclusion –

Le réflexe expulsif, lorsqu'il peut fonctionner normalement, assure incontestablement

blement l'accouchement le moins traumatique pour le périnée et le système ligamentaire.

Il est dans le même temps moins traumatique pour le bébé puisque moins violent, avec un temps de poussée limité (une à trois poussées réflexes suffisent pour dégager un enfant qu'on a laissé descendre tranquillement).

Dans la mesure où il n'y a pas d'apnée, les gaz du sang ne sont pas perturbés.

L'étude de P. de la FUENTE (16), confirme ces résultats au niveau des gaz du sang et enregistre les meilleurs scores d'Apgar sur les poussées « naturelles », même après une heure d'attente entre dilatation complète et expulsion.

1.2 Comment le réflexe expulsif peut-il être perturbé ?

Certaines femmes disent ne jamais avoir eu envie de pousser, ce qui semble tout aussi peu naturel que de ne jamais avoir envie d'éternuer, aller à la selle, etc.

L'important est en fait de respecter les temps : si le bébé n'est pas descendu, le réflexe est absent. Si l'on fait pousser trop tôt, le réflexe n'apparaîtra pas. Il est, en quelque sorte, désamorcé.

Si la femme se retient trop longtemps de pousser il en est de même : au moment où il faudrait pousser, l'envie aura disparu et la parturiente se retrouvera tout aussi dépourvue.

Ce phénomène est bien connu pour la défécation : une « envie » non satisfaite rapidement va s'estomper, et ne pas se reproduire avant plusieurs heures; elle ne peut pas plus être avancée d'une demi-heure sous prétexte d'un train à prendre...

Le premier problème est donc de savoir attendre, s'il n'y a aucun signe de souffrance fœtale, que le bébé vienne appuyer sur les releveurs, ce qui peut demander du temps, surtout pour le premier enfant.

Dans beaucoup de maternités, à partir de la dilatation complète du col, la pression sur la femme est énorme; on commence à la faire pousser. Ce qui sera d'autant plus inefficace que c'est douloureux, abstrait, apparemment vain... Tout le monde va s'énerver et l'on va finir par de l'expression ou des forceps. Alors qu'une attente sereine, sans fatigue, aurait permis d'en terminer plus vite en réalité, dans une certaine jouissance car il y a du plaisir à accompagner cette force extraordinaire, à s'y laisser aller.

Mais bien entendu, tout est faussé quant à l'appréciation des durées supportables : à partir du moment où l'on commence une poussée-bloquée, l'acidose et l'anoxie guettent le bébé rapidement (16).

La péridurale est évidemment un facteur qui peut intervenir : si l'analgésie est efficace, le réflexe n'est pas perçu. De plus, il faudra attendre plus longtemps pour que l'enfant descende et que la tête se défléchisse.

La plupart des équipes gèrent cela beaucoup mieux que dans les débuts où les forceps étaient plus nombreux, sous péridurale. Mais toutes ne sont pas encore prêtes à laisser deux heures ou plus à dix centimètres de dilatation sans intervenir.

1.3 Quelles sont les étapes dynamiques de la naissance ?

On en dénombre trois : l'engagement, la descente et le dégagement. Les trajectoires sont différentes.

1.3.1 Lors de l'engagement

Il faut que le bassin soit dans un plan perpendiculaire à la présentation, le détroit supérieur étant au maximum de ses dimensions (30)(32).

Une des positions les plus propices serait la position accroupie, pieds parallèles pour éviter la rotation des fémurs. Dans ce cas, le promontoire recule et la pesanteur s'ajoute aux forces actives (36)(38).

Dans l'impossibilité de prendre cette position, un « accroupi couché » est envisageable, les genoux étant ramenés sur l'abdomen. On se prive de la pesanteur, mais la trajectoire est bien plus cohérente qu'en position gynécologique, qui entraîne, rappelons-le, une légère cambrure.

Le décubitus latéral, la cuisse supérieure étant remontée sur l'abdomen comme pour l'accroupi est une position très favorable aussi ; elle est très pratiquée en Angleterre, et facilite la rotation (elle nécessite des coussins pour ne pas comprimer le ventre).

En cas de présentation postérieure, il faudra se coucher du côté opposé au dos, afin d'utiliser la pesanteur pour faire pivoter le bébé.

En cas de présentation antérieure, l'appui du plan dur consolidera la position ; on peut donc rester sur le côté correspondant au dos du bébé.

1.3.2 Lors de la descente

La trajectoire du bébé est alors une descente vers le périnée postérieur. On conçoit que la rétroversion n'est pas favorable, d'autant qu'elle va amener la présentation à buter sur le coccyx, et qu'elle bloque le périnée postérieur (cf : plus bas).

L'antéversion est optimale, soit en position assise, soit accroupie, soit à quatre pattes, à genoux, penchée en avant... s'il ne s'agit pas d'une cambrure.

À noter qu'en décubitus latéral il est possible d'obtenir une position indifférente, les cuisses juste à l'équerre du rachis (un coussin entre les genoux), qui ne contrarie pas la progression.

La poussée-bloquée, avec tirage sur les étriers, réalise il est vrai une relative antéversion de l'utérus, mais avec un axe de poussée vers le nombril et non vers l'anus. Il est d'une violence redoutable pour le système ligamentaire et le périnée, maintenu contracté globalement par la descente du diaphragme et l'étirement, et particulièrement au plan postérieur, par l'abduction des cuisses.

1.3.3 Lors du dégagement

Il s'agit surtout de trouver des positions qui aident à la déflexion de la tête et à sa remontée vers le périnée antérieur. C'est à ce moment que la rétroversion du bassin et de l'utérus sont totalement appropriées : elles projettent et accompagnent l'enfant vers la sortie.

Encore faut-il évidemment qu'il s'agisse d'une véritable rétroversion, avec étirement du dos, soit par hyperflexion des cuisses sur le ventre, soit par enroulement (passage de la position assise à la position de décubitus dorsal, c'est-à-dire l'inverse du relèvement), soit par suspension.

Au niveau périnéal on note deux éléments qui s'additionnent pour relâcher le plan antérieur :

- la rétroversion elle-même, par le jeu des muscles rotateurs externes pelvi-trochantériens, qui contracte le périnée postérieur et libère l'antérieur,
- et l'abduction des cuisses qui rapproche les ischions et repousse donc la présentation de l'anus vers la vulve.

En résumé –

- Engagement accroupi ou accroupi couché, ou décubitus latéral aménagé, fémurs *parallèles*.
- Descente en antéversion du bassin avec antéflexion du tronc, rotation interne des fémurs (accroupi ou assis penché en avant).
- Dégagement en rétroversion, rotation externe des fémurs (position gynécologique modifiée en hyperflexion, position d'enroulement).

Il est tout à fait possible de respecter ces grandes directions sur une table classique, même avec une péridurale.

Les quelques photos ci-dessous l'illustrent. Le plus difficile est de parvenir à

désinhiber les femmes par rapport à l'environnement médical, de motiver le personnel en salle à proposer des positions différentes, et d'amener les obstétriciens à la géométrie dans l'espace !

2. La participation active de la mère en poussée-bloquée : position et respiration

2.1 Les contraintes de la position gynécologique

Comme nous l'avons vu, la position gynécologique classique, qui réalise un angle fémurs-cuisses supérieur à 90° n'est ni une rétroversion ni une antéversion franche du bassin. C'est une position intermédiaire de cambrure, qui ne correspond à aucune des phases de la naissance.

Elle ne favorise pas plus la nutation que la contre-nutation, le sacrum est bloqué, et les articulations sacro-iliaques sont très sollicitées ; d'où le nombre important de femmes qui ont « mal aux reins », des accouchements « par les reins » dans cette position (il suffit de ramener les genoux vers la poitrine pour améliorer considérablement ces cas).

Cette position bâtarde met en tension aussi bien le périnée antérieur que postérieur, cependant que la position des cuisses en abduction rotation externe bloque le périnée postérieur, ce qui est tout à fait contraire aux exigences de la descente.

La pesanteur n'étant pas favorable, on conçoit la difficulté pour le moteur utérin de faire avancer rapidement le fœtus, surtout lorsqu'il est en présentation postérieure (24).

On comprend alors la longueur de la descente jusqu'au mur des releveurs, surtout chez les primipares sous péridurale.

C'est alors que la tentation d'intervenir grandit et qu'on est souvent amené à faire pousser sur une présentation encore haute, voire à faire de l'expression pour renforcer des efforts peu efficaces.

Il faut à ce sujet préciser qu'il y a souvent une mauvaise interprétation des règles énoncées par les anciens « maîtres » : il ne s'agit pas de limiter à 20 ou 30 minutes la durée totale de l'expulsion, mais la phase finale, présentation au périnée (32).

Il n'est pas rare, surtout sous péridurale, que la durée « dilatation complète-naissance » dure une à deux heures. Certaines maternités, parmi les plus avancées, respectent ces délais tant que les rythmes cardiaques fœtaux sont normaux.

Lors de la poussée active, la position des jambes étant fixée, on donne l'ordre à la femme de relever la tête, d'attraper les étriers, et de se relever en tirant sur les bras.

Cela arrondit le dos certes, mais sans rétroversion du bassin ; c'est le haut du dos qui s'arrondit, les épaules qui se rapprochent des hanches.

Cette flexion se fait non par étirement mais par raccourcissement. Les grands droits de l'abdomen sont contractés et écartés, le diaphragme est complètement coincé et ne peut remonter.

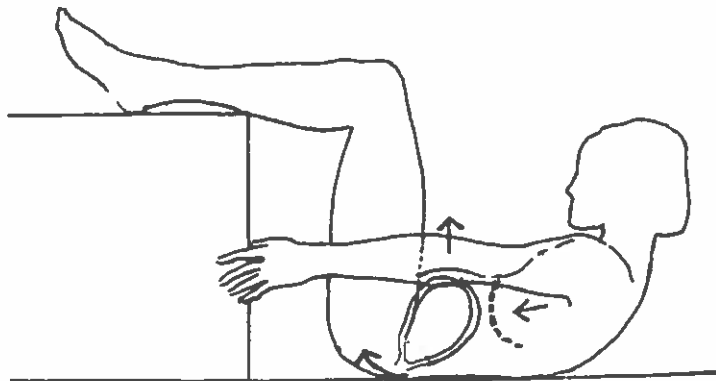
Dès lors :

- Les abdominaux profonds ne peuvent se serrer. On demande d'ailleurs à la femme d'inspirer en gonflant le ventre, en « faisant sauter la ceinture ». Le diastasis aidant, il n'y a aucune pression concentrique autour de l'utérus.
- Le périnée ne peut se relâcher, d'une part, parce qu'il est soumis à une pression violente qui provoque un réflexe myotatique à l'étirement, d'autre part, parce que son relâchement dépend de la remontée du diaphragme – ici impossible – et interdit par le « inspirez, bloquez, poussez ».
- Les axes du thorax relevé et du bassin non rétroversé totalement, forment un cap, une angulation non conforme à la « programmation » dynamique du fœtus. Ceci est accentué lors de l'inspiration forcée qui fait descendre le diaphragme et

provoque l'antéversion utérine malgré l'aspect « dos rond ».

Les forces en action ont donc des directions contradictoires et la résultante n'est pas optimisée, ce qui conduit à augmenter la poussée.

Pour le dégagement, le même redressement est demandé. La direction de l'utérus ainsi que des forces de poussées sont alors totalement opposées aux axes physiologiques : il faudrait en effet une rétroversion vraie du bassin.



Poussée bloquée. Flexion de la nuque, diaphragme bloqué en position inspiratoire.
Diastasis des grands droits. Antéversion utérine, poussée du bébé vers le périnée postérieur.

Ainsi donc, la poussée-bloquée est en tous points opposée à la physiologie et à la poussée réflexe.

Ceci est dû à la position qui ne permet pas les adaptations naturelles, et l'utilisation des forces réflexes. On va donc être tenté de chercher d'autres appuis, d'autres forces.

De la même manière, la poussée forcée pour aller à la selle du sujet constipé, est tout à fait opposée à la défécation réflexe. On peut remarquer que les nourrissons ont le réflexe de remonter les genoux sur l'abdomen et que les chiens, que l'on voit si souvent en besogne dans la rue, présentent exactement le tableau de la poussée réflexe : ventre rentré au maximum, rétroversion du bassin, remontée du diaphragme...

On sait bien que les toilettes à la turque n'incitent pas à la poussée-bloquée, contrairement aux toilettes hautes (toujours à cause de l'angle fémurs-rachis). Il y aurait moins d'hémorroïdes extériorisées, de prolapsus aggravés et même de constipation si nous avions d'autres types de toilettes.

De même, le bassin est-il très néfaste au transit déjà difficile des gens alités, c'est-à-dire immobilisés.

2.2 La respiration : la force de substitution

Inspirez, bloquez, poussez, vers le bas et non dans la gorge.

L'idée est d'utiliser la colonne d'air comme force de pression sur le diaphragme et par lui, sur le fond utérin (20). Les forces s'exercent donc sur l'utérus avant d'être transmises au bébé, ce qui ne se fait que lorsque l'utérus a été amené au plus bas.

La physiologie voudrait que l'utérus s'ouvre, que le bébé en sorte, s'engage dans le vagin, remonte vers la vulve et que l'on ait finalement le bébé d'un côté et l'utérus de l'autre, c'est-à-dire dans l'enceinte abdominale.

Lors des efforts de poussée, la vessie est aussi entraînée vers le bas et tout le tissu de soutien subit une pression et un étirement d'autant plus délabrant que la poussée est

longue et difficile. Or le périnée est contracté, et oppose donc une résistance qui oblige à une poussée plus violente, puisqu'il s'agit d'un passage en force.

A. PIGNÉ (1)(42) avait proposé une épisiotomie précoce, intéressant les releveurs, afin de diminuer ces résistances et donc de limiter la poussée. Ce type d'épisiotomie a été très peu pratiqué, en fait, et l'évaluation de l'hypothèse est difficile à faire.

Malgré son caractère sanglant et systématique, déplaisant, elle a le mérite d'une certaine cohérence, que n'ont pas, vis-à-vis du problème, les épisiotomies tardives et superficielles.

A. PIGNÉ a par ailleurs insisté sur la nocivité de l'expression, qui n'est autre qu'un renforcement de la poussée-bloquée (1)(42).

Conclusion –

On peut donc estimer que la poussée-bloquée joue un rôle majeur dans la physiopathologie des prolapsus et des incontinences par défaut de transmission.

Pour une autre approche de la poussée, dans la logique physiologique, en l'absence de réflexe expulsif.

2.3 La poussée en expiration forcée

L'idéal est d'obtenir un bon réflexe expulsif, d'être dans une position qui lui permette une action optimale... et il n'y a plus rien à maîtriser. Tout est pour le mieux, pour la mère comme pour l'enfant.

Dans le cas où l'urgence empêcherait de laisser le temps nécessaire à la descente de l'enfant, est-il possible d'obtenir une poussée volontaire proche de la poussée réflexe ? (20).

Il faut obtenir :

- Le serrage maximum des abdominaux profonds, pour la force additionnelle à la contraction.
- La remontée du diaphragme pour le relâchement périnéal.

Ceci ne s'obtient pas avec une expiration ordinaire, qui constitue plus un relâchement qu'un véritable effet de sanglage concentrique.

Il faut donc une expiration forcée, que l'on peut appréhender en gonflant un ballon ou en utilisant un « embout d'exsufflation ».

La résistance qui s'oppose à la sortie de l'air oblige la ceinture abdominale à se serrer fortement.

On peut aussi placer le point fermé devant la bouche, contre les lèvres et limiter le passage de l'air.

Si les positions du bassin sont cohérentes avec la phase d'accouchement, ce type de poussée est tout à fait praticable aux trois étapes (20).

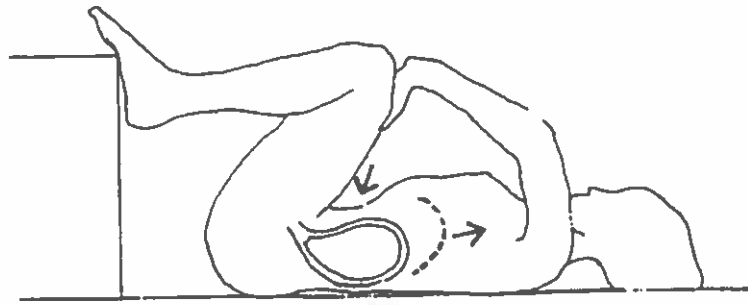
Il s'agit d'un effort non prolabant, beaucoup moins violent et spectaculaire que la poussée-bloquée. Il est évident que l'efficacité n'est pas comparable à celle du réflexe.

Sans doute cette manière est-elle moins rapide que le blocage et l'expression; elle a l'avantage d'être moins traumatique pour la mère, mais aussi pour un enfant particulièrement fragile dont l'hypoxie et l'acidose seront moindres. Encore faut-il qu'elle puisse fonctionner, ce qui suppose les mêmes conditions que pour le réflexe.

Il est évident qu'en position gynécologique, tête relevée, mains accrochées aux barres, l'expiration ne sera qu'un relâchement brutal du souffle, sans incidence abdominale ni périnéale, le diaphragme ne pouvant remonter.

Si l'enfant n'est pas descendu, et toujours dans cette position, la relative antéversion de l'utérus et du bassin réalisée par l'inspiration forcée est plus adaptée *quant à l'axe des forces*.

Malheureusement la descente se fait au prix d'une poussée viscérale maximum sur la résistance périnéale. On se demande alors si les forceps ne sont pas préférables.



Poussée sur l'expiration. Hyperflexion des hanches. Rétroversion du bassin et de l'utérus. Serrage maximum des abdominaux profonds. Remontée du diaphragme et détente périnéale.

3. Quelques souhaits dans l'intérêt de la mère et de l'enfant

Positionner la femme pour favoriser la dynamique expulsive, attendre sauf contre-indication le réflexe expulsif, ce qui suppose une bonne maîtrise de la péridurale.

En cas de décélération du cœur fœtal, voir si la position n'en est pas responsable; problème cave, compression du cordon, il suffit parfois de verticaliser une femme pour que tout rentre dans l'ordre. On éviterait souvent des actes agressifs.

Au moment de la poussée active, assurer une attitude suspendue ou équivalente, laisser faire, laisser crier éventuellement, parfois engager à ne pas agir...

S'il y a nécessité d'intervenir pour activer, utiliser les positions et l'expiration contre résistance, avec accessoire éventuellement (ballon, embout d'exsufflation...).

S'il y a urgence vitale, se poser la question d'un forceps en première intention, au lieu de poussées bloquées répétées et expression.

Ceci semble concilier la protection de la mère et de l'enfant.

III. LES SUITES DE COUCHES

Nos pratiques obstétricales sont là encore très éloignées des pratiques traditionnelles. Dans ces dernières les préoccupations sont différentes : l'essentiel est de préserver la fertilité de la mère et sitôt l'enfant né, on pense aux suivants ; c'est pourquoi on prend un soin tout particulier de la femme (cf : « Pour que ses jours fleurissent »). Chez nous, en l'absence de pathologie, la mère est quasi-abandonnée.

Elle sort de la maternité avec une ordonnance de rééducation « périnéo-abdominale »... et l'ardent désir de retrouver sa ligne.

Personne ne vérifie son bassin, les déplacements éventuels (sacro-iliaques, symphyse pubienne), pourtant facteurs de difficultés périnéales et de douleurs.

De plus, ces séquelles peuvent entraîner, lors de la grossesse suivante, des lombalgies et pubalgies sévères, et poser des problèmes d'engagement.

Comme on l'a vu dans l'enquête, le testing périnéal n'est pratiquement jamais fait et les éventuels prolapsus ne font pas l'objet d'un dépistage.

L'épisiotomie, quasi-systématique est le seul geste à visée préventive ; il sécurise les obstétriciens, mais angoisse les femmes qui vivent mal les suites de couches. Faute d'information, elles subissent passivement et négativement ces premiers jours fondamentaux pour une récupération optimale.

1. Les suites immédiates

Il est indispensable de préparer dans le *pre-partum* cette période ; il serait souhaitable de disposer d'un personnel suffisant (sages-femmes) pour guider les mères dans les premiers jours.

L'épisiotomie ne doit pas retarder les exercices périnéaux ; au contraire, ils doivent devenir des moyens antalgiques qui accélèrent la cicatrisation.

Le protocole proposé est le suivant :

– *Tentative de verrouillage périnéal*, avec éventuellement bascule du bassin à *chaque mobilisation* : passage couchée – assise, assise – debout, et réciproquement, prise du bébé dans le berceau. Bien entendu verrouillage, même très imparfait, à la toux, l'éternuement...

Ceci devrait être commencé en salle de naissance et rappelé au premier lever : en effet, il y avait quelques heures auparavant l'utérus « plein » entre les viscères et la paroi... il y a tout à coup un grand vide. Une attitude cambrée est catastrophique pour le repositionnement viscéral. La bascule du bassin par la rotation externe des fémurs est non par la contraction des abdominaux grands-droits, doit être acquise. Il faut créer le réflexe de protection, pour la vie courante.

La faible performance ne doit pas empêcher la persévérance : il s'agit d'inscrire un conditionnement au niveau des commandes nerveuses, même si la force musculaire est absente pour l'heure.

– *Travail très fréquent et régulier*, par séries de contractions périnéales (accompagnées ou non de respirations), rythmé par exemple par les tétées. Ainsi on réalisera quelques dizaines de contractions sept à huit fois par jour.

Cet « entraînement » peut être poursuivi sans trop de contrainte dans les premières semaines, tant que l'univers de la mère est centré par le bébé. Par la suite, le pli sera acquis pour un entretien.

- *Prévention de la constipation*, positionnement et apprentissage de la poussée par serrage abdominal, en expiration. Usage précoce des produits facilitant le transit (régime alimentaire ou produits pharmacologiques).
- *Limitation des effets de la pesanteur*, les stations verticales doivent être limitées dans le temps, la bascule du bassin doit être systématique et fermement maintenue. Il faudrait *éviter de porter des poids* pendant les six premières semaines et apprendre à limiter les charges (cadies, livraisons...).
- *Le portage du bébé devrait être corrigé*, pour le bébé d'abord (les porte-bébés les plus répandus étant néfastes à leur rachis) et pour la mère, qui doit rester dans une statique très solide si elle veut se préserver. Il faut bien entendu aborder tout cela en préparation à l'accouchement.
- *Les gestes courants*, soulever un poids, passer l'aspirateur, s'installer pour la tétée, sont à « conditionner » avec la préoccupation périnéale, c'est-à-dire en s'opposant à toute pression vers le bas. Ceci est tout à fait en accord avec la protection du rachis.

Dans toute cette période « d'attention périnéale » plus intense, le « pipi-stop » ne devrait être qu'un moyen d'auto-contrôle des progrès ou des problèmes, et non un exercice. Il est suffisant de le faire une fois par jour les premiers jours, puis de temps à autre. Il a été en effet montré qu'il existe un risque d'instabilité vésicale en cas de pratique systématique (). Par ailleurs, il est impératif de ne pas pratiquer l'arrêt en fin de miction (risque de résidu).

Sur un plan psychologique – qui participe largement aux résultats – il serait sans doute souhaitable que l'épisiotomie soit explicitée aux femmes en préparation, dédramatisée s'il y a lieu. Le caractère systématique, l'impression d'impuissance absolue à l'éviter, quoi qu'on fasse, sont des facteurs très négatifs... La qualité des réponses à cette question, lors des cours, devrait être améliorée.

Participation de la femme aux soins périnéaux, positionnement en avant pour uriner afin d'éviter le ruissellement, douche périnéale fraîche ou vaporisation d'eau systématique après chaque miction, glaçage en cas d'hématome, contrôle dans le miroir, et contrôle visuel des contractions périnéales par la sage-femme et la femme elle-même.

2. Les suites tardives et lointaines

Il est fondamental que la femme sache que le périnée devra être protégé et entretenu sa vie durant, puisqu'il s'agit d'une zone de faiblesse dans l'édifice érigé; mais il faut qu'elle considère rapidement qu'il fait partie du tout et qu'il ne faut pas se contenter de l'isoler. Ainsi la reprise de toute activité sportive devra-t-elle envisager l'intégration périnéale et la lutte contre les pressions vers le bas.

Il est tout à fait choquant de voir encore beaucoup de kinésithérapeutes s'occuper très correctement du périnée dans un premier temps... puis revenir aux abdominaux classiques, pédalages et autres grands droits (31). Même si la consigne est donnée de verrouiller le périnée, il est choquant de proposer une pratique si prolabante, qui accentue les problèmes lombaires, renforce les diastasis et n'a d'effet sur la sangle abdominale profonde que négatifs ! Il existe des abdominaux non-toxiques pour le dos, le ventre et le périnée.

A contrario, il est dommage d'attendre six semaines et la fin de la rééducation périnéale pour s'occuper du reste du corps.

Ce n'est pas ici le lieu de développer les pratiques ancestrales, proches de l'ostéopathie moderne, qui permettent de « refermer » le bassin, de conforter la contre-nutation, remettre d'aplomb la symphyse pubienne, et prendre les mesures d'hygiène de vie qui permettent la poursuite de cette prévention. Ainsi les matrones manipulent-elles très précisément les accouchées; après quoi elles posent une ceinture autour des hanches (et non sur l'abdomen) qui sera portée six semaines... (cf : « Pour que ses jours fleurissent »).

Chez nous le corps reste souvent douloureux, comme disloqué, quelques jours. Les douleurs lombaires sont fréquentes et souvent aggravées de tension dans la nuque et la ceinture scapulaire, dues aux mauvaises attitudes pour l'allaitement, le change, le portage du bébé.

Les séquelles au niveau sacro-iliaque sont aussi très fréquentes, durables, souvent source de problèmes à l'accouchement suivant (accouchement « par les reins », problèmes d'engagement...).

Et bien sûr, il y a le ventre.

Sans aller jusqu'à proposer un massage complet tous les jours pendant quarante-cinq jours, comme en Inde, il est sûr que des exercices de détente du dos, d'étirement, l'apprentissage de bonnes positions (et l'adaptation du mobilier en maternité!) seraient tout à fait bénéfiques.

Or, si l'on a appris à faire ses mouvements en respirant, si on lève le bras, ça part du périnée et toutes les pressions sont renvoyées vers le haut !

Il est donc possible d'aborder très tôt un travail corporel complet, et même les abdominaux. Pas n'importe lesquels, pas dans n'importe quelle position : on ne travaillera dans un premier temps, que la sangle profonde en position *horizontale ou décline* (le bassin au dessus du thorax).

Ainsi on peut se mettre à quatre pattes, ou seulement se pencher en avant, les mains sur le pied de lit ou le lavabo, et expirer profondément (en partant du périnée bien sûr). La poussée sur le plancher est très faible, les organes pelviens ne sont pas précipités dans la pesanteur, mais plaqués contre le rachis. La réponse de la sangle profonde est très sensible. C'est un excellent massage pour l'utérus, une bonne stimulation intestinale. Ce n'est qu'un exemple pris parmi tant d'autres.

En état de cause, il faudra éviter tout travail abdominal volontaire dans la pesanteur (debout, assis) tant que le périnée n'aura pas la force de résister à la pression.

Quelque soit l'exercice il faudra toujours équilibrer les durées, le périnée seul étant incapable d'une résistance de plus de quelques secondes. Si l'on doit rester debout et subir la pesanteur longuement, c'est la bascule active du bassin par les rotateurs externes qui permettra le maintien du tonus périnéal.

3. La rééducation périnéale proprement dite

À L'issue de cette période de suites immédiates de couches, il est déjà possible et intéressant que la visite de sortie contrôle la *fonction périnéale* et non seulement la cicatrisation.

En demandant une contraction périnéale lors de l'examen on pourra apprécier la bonne compréhension, les erreurs éventuelles de commandes, les synergies parasites et la qualité de la contraction (même si la puissance est limitée).

On pourra aussi demander une poussée pour observer les prolapsus importants.

3.1 Le testing

Le moment privilégié pour un testing complet et fiable, est la visite à six semaines. Elle est souvent l'occasion de poser l'indication d'une rééducation spécifiquement périnéale, s'il s'avère que la force musculaire n'a pas récupéré, qu'il y a des problèmes d'incontinence d'effort, de pesanteur, de béance vaginale, de prolapsus. La patiente devrait alors être adressée à un spécialiste de ce type de rééducation, formé

et motivé. Celui-ci doit faire son propre bilan de départ, par un testing, un interrogatoire et un examen plus général : statique, bassin, rachis, etc.

3.2 Le type de rééducation

Le type de rééducation choisi est alors variable, en fonction des problèmes, mais aussi de la patiente : acceptation des électrodes de stimulation ou non, passivité ou participation, dépression, etc. (5)(9).

L'électro-stimulation : utilisation d'électrodes intravaginales

Indications : il semble difficile de proposer d'emblée l'électrostimulation et il ne faudra jamais proposer que cela. On l'estime nécessaire et profitable pour un testing inférieur à 3 ou pour un périnée neurologique. Il est très profitable en cas d'insuffisance sphinctérienne. Nous pensons, que l'évaluation des résultats dans cette enquête, n'a pas été faite avec une échelle et avec un recul suffisants. Il y aurait un travail épidémiologique à faire à ce niveau.

Pour nous, l'électrostimulation peut être une aide de départ, surtout en cas de mauvais schéma corporel. Il a en effet été montré que l'action du courant est limitée à l'augmentation de l'excitabilité (et non de la force musculaire). Il est, de toute façon, indispensable que la patiente prenne le relais.

Beaucoup de praticiens font des séances mixtes, avec biofeedback, c'est-à-dire enregistrement électromyographique des contractions avec scope et parfois tracé. Certains préconisent la location d'un appareil, afin de poursuivre à domicile.

Une certaine unanimité se fait sur l'inutilité de poursuivre les séances, si les résultats sont nuls après six à dix séances.

Les cônes d'auto-rééducation : il s'agit d'introduire dans le vagin des cônes de poids progressifs, jusqu'à 100 g, qu'il convient de garder environ 20 minutes, au cours de travaux domestiques. Le poids exerce une stimulation sur le périnée et l'effort de retenue est réactivé au cours des mouvements. Ce sont de bons compléments aux autres formes de rééducation.

Le travail périnéal dirigé : il s'agit d'induire une contraction périnéale active, d'abord sans résistance, puis contre résistance (les doigts du praticien). Ce travail se pratique le plus souvent en position gynécologique.

3.3 Notre proposition pratique

Notre pratique est un peu différente : elle s'intègre à la vie quotidienne. En effet, en fonction des positions dans l'espace (position gynécologique, position assise ou accroupie, debout, jambes plus ou moins écartées, quatre-pattes, etc.) le travail périnéal va être particulier. On peut aussi compliquer les choses en associant les adducteurs (avec résistance entre les genoux), les abdominaux profonds, la remontée du diaphragme... Ceci permet de graduer les efforts.

Mais le plus intéressant est le travail analytique, parce qu'il permet de varier l'intérêt et d'adapter au mieux aux besoins de la femme.

Exemple de travail analytique –

• Périnée postérieur

À partir de la contraction périnéale habituelle (serrer et remonter, comme pour arrêter une miction et des selles) le périnée postérieur sera beaucoup mieux perçu dans les postures d'antéversion ; on pourra donc se centrer sur ces sensations à travers une multitude d'exercices.

En revanche, lors des rétroversions du bassin, par rotation externe des fémurs, le périnée postérieur est déjà raccourci et la contraction volontaire a peu

d'amplitude; c'est alors que tout l'effort de contraction va être reporté sur le périnée antérieur.

- Périnée antérieur

La perception la plus nette se fait dans la posture du « demi-pont » : en décubitus dorsal, pieds à plat, genoux fléchis à 90°, bras allongés derrière la tête (remontée du diaphragme), on soulève le bassin en maintenant fortement la rétroversion. Ainsi les fessiers travaillent, le périnée postérieur est verrouillé, la contraction volontaire va agir dans la zone urétrale. La position déclive, la remontée du diaphragme aspirent les viscères vers le haut, ce qui contribue à repositionner la vessie.

Il y a des variantes à cette posture, permettant de moins fatiguer, ou au contraire de plus travailler les cuisses et les fessiers selon le but recherché. Le retour est un excellent déroulement du dos. C'est une posture complète, qui répond à des objectifs multiples : tonification des cuisses, des fesses, travail circulatoire, travail du périnée, étirement du dos, travail des épaules (rétropulsion sans cambrure), étirement de la nuque (excellent remède aux torticolis), et bien entendu travail respiratoire et donc périnéal.

- Périnée transverse

Il est de même très intéressant de faire travailler plus particulièrement le transverse, très important pour la statique rectale.

La prise de conscience se fait facilement en position genu-pectorale couchée, fémurs parallèles légèrement écartés.

Il suffit de changer la commande habituelle : au lieu de vouloir « resserrer-remonter » on va imaginer un geste latéral de fermeture du vagin (comme des portes électriques). On aura alors la sensation du rapprochement des ischions, beaucoup plus que la sensation d'ascension.

Cependant, il est impossible d'inhiber totalement les releveurs.

- Périnée profond

Beaucoup de patientes, surtout celles souffrant de prolapsus utérins, disent ne pas être améliorées par la rééducation, même si le testing est meilleur. Notre expérience nous conduit à penser que le travail habituel est trop superficiel et que la concentration sur le plan profond donne de meilleurs résultats – en tout cas au niveau du confort – surtout debout.

En position genu-pectorale couchée, on demandera une contraction habituelle, qui entraîne la fermeture de l'anus et du vagin. Puis on tentera de remonter dans le canal vaginal, en essayant de rapprocher les parois latérales vaginales l'une de l'autre. On analysera jusqu'où il est possible de remonter sans perdre la sensation ; puis on tentera de contracter directement en profondeur, sans partir de la vulve.

Au fur et à mesure du travail, les sensations vont s'affiner; finalement, on pourra percevoir un niveau très profond de contraction, qui réalise une sorte d'anneau au raz du col, sorte de pessaire musculaire.

On percevra alors qu'il est impossible de maintenir en même temps la fermeture superficielle... la contraction profonde entraîne le relâchement superficiel.

Ce travail du périnée profond peut être très bien perçu et réalisé en position debout. Il apporte un plus dans le soulagement des pesanteurs pelviennes déjà amorcé par la bascule du bassin telle qu'on l'entend.

- Travail asymétrique

Il est tout à fait possible de réaliser un travail asymétrique du périnée; ceci n'est pas seulement intéressant pour la prise de conscience, c'est parfois fondamental en cas d'épisiotomie douloureuse ou fibreuse, (ou de déchirure) et tout simplement pour réduire un déficit naturel.

La posture la plus simple est le tailleur. On va alors faire une « torsion » c'est-à-dire tenter de tourner le buste, puis les épaules, puis la tête vers la droite par exem-

ple. La contraction périnéale habituelle (serrer–remonter) va montrer la mise en tension de l'hémi-vagin opposé au sens de torsion.

Il suffit de refaire la posture dans l'autre sens pour constater alors la mise en tension de la paroi latérale droite du vagin, et noter une force différente.

Il existe plusieurs exercices qui travaillent ainsi.

- Travail postéro-antérieur

L'utilisation de sons permet d'avoir un verrouillage progressif, de l'anus vers le pubis, ou réciproquement.

Nous avons tenté d'illustrer ici de multiples possibilités de travail périnéal, la facilité d'intégration à toute circonstance, même dans les gestes les plus quotidiens. Dans la mesure où le périnée est pour nous le point de départ de la respiration, et dans la mesure où tout mouvement est réalisé sur une expiration, le périnée va être constamment associé.

Bien évidemment, l'utilisation dans la vie sexuelle est une transposition facile, qu'il n'est même pas nécessaire de suggérer la plupart du temps.

Conclusion –

Notre mode de vie ne donne guère d'occasion au périnée de se renforcer. Au contraire l'agression est permanente sur le plancher pelvien et le système ligamentaire; les tabous de notre éducation ont contribué à occulter toute prévention. L'accouchement par la position gynécologique et la poussée-bloquée est très traumatique. La rééducation est souvent inadaptée, fastidieuse, limitée. La gymnastique traditionnelle avec l'obsession des abdominaux, ne fait qu'aggraver les choses. Les sports souvent violents, en station verticale, renforcent les effets de la pesanteur. Une réflexion d'ensemble – éducation corporelle, accouchement, rééducation – est nécessaire, si l'on veut voir le taux d'IUE diminuer dans notre société.

CHAPITRE 3

EN GUISE DE CONCLUSION et en illustration

*

Après quinze années de pratique, de préparation à la naissance, et de travail corporel post-natal, nous avons acquis quelques certitudes et élaboré quelques propositions. L'enquête réalisée auprès de 201 femmes multigestes en consultation pré-natale, à la maternité de Baudelocque, a confirmé notre réflexion empirique. Elle rejoint par ailleurs, beaucoup de conclusions sur le sujet. Nous avons présenté les résultats de cette étude, nos arguments et nos propositions, dont nous rappellerons, en conclusion, les principaux points.

I. LES CONSTATS

Dans les grandes maternités parisiennes, au cours des années 1988 à 1991, nous avons pu observer les pratiques obstétricales suivantes :

- Une large proportion de femmes participe à la préparation à l'accouchement, malgré les progrès de la péridurale. Cette préparation n'est pas corporelle. Elle n'intègre pas la préparation périnéale, au mieux fait-elle référence au « pipi-stop ».

- Les informations périnéales sont plutôt véhiculées par les médias, de bouche à oreille. Il n'y a pas d'incitation et de contrôle par les professionnels de l'obstétrique. Les femmes parlent peu de leurs craintes et de leurs problèmes éventuels. Seule la question de l'épisiotomie est soulevée.

- L'accouchement se déroule en position gynécologique. La poussée-bloquée est la règle. La péridurale concerne près de la moitié des femmes au premier accouchement. L'épisiotomie est un geste quasi-systématique (73 % au premier enfant). Elle est présentée comme prophylactique, pour les problèmes périnéaux et l'IUE. L'expression reste très pratiquée (50 %), bien que contestée voire interdite officiellement. Elle connaît une recrudescence avec la péridurale.

Le réflexe expulsif est plus fréquent au deuxième enfant. Dans les maternités concernées, les mères ont été malgré tout incitées à pousser, parfois même avec expression. La rapidité de l'expulsion, souhaitable, est rarement due à la puissance du réflexe dans une dynamique naturelle. Elle est plutôt posée comme norme et c'est pourquoi le taux d'expression atteint 60 % à Baudelocque, avec un taux d'environ 25 % de forceps.

- La rééducation abdominale est largement prescrite, 56 % des femmes. On rencontre de plus en plus la formule « rééducation périnéo-abdominale », ce qui est révélateur d'une mauvaise connaissance du problème. Les prescriptions sont faites sans testing du périnée. Il faut souvent une plainte de la femme ou une information « sauvage », pour que le problème soit analysé.

La rééducation est faite sans évaluation (pas de testing de départ et de contrôle). La rééducation périnéale pure est très peu pratiquée (10 %). Elle est souvent limitée à l'explication du « pipi-stop », et à des exercices intéressant les adducteurs. L'électrostimulation (7 cas pour 280 accouchements) est souvent mal vécue car mal présentée.

Il s'agit d'un travail passif, en position gynécologique. Aucune autre position, aucune association musculaire ou respiratoire n'est proposée, la plupart du temps, en dehors du travail abdominal (grands droits). Ce travail n'est pas intégré dans la pesanteur et dans les efforts quotidiens. La statique n'est pas abordée.

II. ANALYSE PAR RAPPORT À L'IUE

54,7 % de femmes répondent avoir eu le problème à un moment de leur vie, plus ou moins durablement. Avant le premier accouchement, 10 % des femmes ont eu des épisodes IUE. Dans le premier *post-partum*, 26,4 % dont 8,5 % à titre définitif.

La deuxième grossesse est révélatrice d'IUE pour 34 % des femmes. On perçoit ici la tendance à minimiser le problème : des fuites dans le *post-partum* immédiat ou des incidents modérés pendant la grossesse, ne sont pas interprétés par les femmes comme un indice.

Les facteurs de risque ou de protection habituellement étudiés dans la littérature, se sont révélés non significatifs statistiquement (en particulier l'épisiotomie assez systématique, mais tardive).

Le caractère multifactoriel de l'IUE se confirme par notre étude.

Les seuls résultats significatifs statistiquement, retrouvés ici, sont la présence d'un réflexe expulsif et la brièveté de l'effort expulsif (3 à 5 poussées). Ces résultats ne sont pas confrontables aux études sur la question, puisque le réflexe expulsif n'est pas un paramètre d'étude habituel. Néanmoins, une expulsion prolongée est un facteur traumatique bien connu pour le plancher pelvien et surtout pour le système ligamentaire. On note que les performances sont moins bonnes, lorsque la rapidité d'expulsion est due à l'association expression-réflexe (cf : variables complexes).

L'expression est un facteur de risque, reconnu, principalement pour les prolapsus.

La pratique sportive ne semble pas garantir d'un meilleur terrain, comme certains l'espéraient. Il faut dire qu'elle est souvent violente, dans la pesanteur, sans intégration du périnée.

La rééducation est mal adaptée au problème. Indications non respectées, manque de formation des kinésithérapeutes ou sages-femmes, pratiques intensives des abdominaux, sont les erreurs les plus souvent rencontrées.

Face à ces constats assez négatifs, les propositions de prévention actuelles sont assez sanglantes : épisiotomie précoce et profonde, césarienne, et cure chirurgicale en cas de prolapsus.

Nous pensons que le problème pourrait être abordé par une attitude en trois temps : prévention primaire dans le *pre-partum* et l'accouchement, prévention secondaire dans le *post-partum*.

III. PROPOSITIONS

1. Dans le *pre-partum*

Pratiquer une éducation périnéale précoce, qui soit inscrite dans une statique, une respiration et un travail corporel, justes (rachis étiré, travail contre la pesanteur et non en renforcement de la pesanteur).

Développer une hygiène de vie qui évite les traumatismes du plancher pelvien (constipation, portage, ...).

Intégrer le périnée au quotidien, particulièrement lors des efforts abdominaux.

2. Pendant l'accouchement

Respecter l'adéquation présentation – bassin, en fonction des phases de l'accouchement. Ceci suppose une mobilité que ne permet pas la position gynécologique, figée et intermédiaire (ni véritable rétroversion, ni antéversion du bassin).

Nous souhaiterions une adaptation des positions en fonction des principes mécaniques : hyperflexion des membres inférieurs pour l'engagement, antéversion du bassin pour la descente, et rétroversion maximum pour le dégagement. En conséquence, la rotation interne ou externe des fémurs permettra de libérer successivement les plans postérieurs et antérieurs, synchrones de la progression fœtale.

Le type de poussée habituel inspirer–bloquer–pousser, réalise une violence sur le périnée qui va se recontracter par réflexe myotatique. Les lésions d'étirement peuvent aller jusqu'à la rupture. Cependant la pression s'exerce autant sur l'utérus et la vessie, que sur le bébé. Ce qui accroît le risque ligamentaire. La direction des forces de poussée projette ici la tête contre la symphyse, avec lésion quasi-constante du sphincter urétal. Cette poussée est en tous points opposée à la poussée naturelle réflexe. Celle-ci réalise la séquence :

- serrage réflexe de la sangle abdominale profonde (avec verrouillage au niveau du transverse de l'abdomen, empêchant l'utérus et la vessie de quitter l'étage abdominal),
- remontée du diaphragme,
- relâchement périnéal,
- et plaquage de l'utérus contre l'excavation sacrée, jusqu'à la phase de dégagement.

Malheureusement, ce type de poussée suppose un réflexe expulsif rarement attendu dans les maternités concernées par notre étude. De plus, il est incompatible avec le redressement de la tête et du buste.

Nous proposons donc :

- Une adaptation des positions pour faciliter la descente de l'enfant.
- L'attente, sauf urgence vitale, du réflexe expulsif.
- Une position de poussée en rétroversion maximum, de préférence grâce à une suspension du buste.
- Si nécessaire, une poussée volontaire en expiration forcée (remontée du diaphragme, serrage des abdominaux profonds).

3. Dans le *post-partum*

La rééducation doit commencer sur la table d'accouchement, sous contrôle, même s'il y a épisiotomie. Elle doit être intensive et régulière les premières semaines, rythmée éventuellement par les tétées ou les soins au bébé. L'hygiène de vie est fondamentale : pas de station debout prolongée, pas de portage lourd, statique parfaite, lutte contre la constipation. On pourra très vite faire une rééducation globale, en évitant la pesanteur et les abdominaux grands-droits. Le personnel de suites de couches formé, aura un rôle d'incitation et de contrôle. Le « pipi-stop » ne sera utilisé que comme auto-contrôle, et non comme entraînement.

À la sortie de la maternité, un testing et un interrogatoire permettront de donner les indications de rééducation. La rééducation sera pratiquée par des gens formés et motivés. Elle sera toujours active, même en cas de recours à l'électro-stimulation. Elle sera intégrée et évaluée.

À terme, les principes d'hygiène de vie, de statique, l'attention périnéale et le verrouillage à l'effort, seront une seconde nature.

*

En synthèse des principales propositions, nous joignons à ce document une cassette vidéo que nous avons réalisée en 1984. Elle montre l'éducation périnéale d'une femme enceinte. Après prise de conscience du périnée, l'objectivation est réalisée par biofeedback, au moyen d'une sonde intravaginale.

Les contractions et le relâchement périnéal sont étudiées :

- après dissociation des muscles (adducteurs, fessiers, abdominaux)
- avec association des mêmes muscles pour étude des synergies et antagonismes
- dans les positions fondamentales : gynécologique, debout, quatre pattes, accroupie
- en fonction de la respiration
- en endurance.

La pratique des abdominaux grands droits est opposée au travail abdominal profond.

Une poussée sur inspiration bloquée et une poussée en expiration forcée (en gonflant un ballon) sont comparées du point de vue périnéal.

Une position assise avec rétroversion dynamique du bassin est proposée pour l'accouchement.

L'incontinence urinaire d'effort est un problème qui défie l'obstétrique, et dont on commence à percevoir l'importance réelle. Est-ce un mal nécessaire, et peut-on le prévenir ? Sans doute faudrait-il approfondir les recherches quant aux faits générateurs, et aux moyens d'en limiter les conséquences. Cependant nous avons le sentiment, à travers la proposition de pratiques plus physiologiques, d'être dans la juste direction. Notre souhait serait de voir ces pratiques, relativement simples, mises à l'épreuve.

Par ailleurs, l'IUE est un problème multifactoriel et il nous semble indispensable d'associer d'autres efforts, qui font appel à d'autres compétences. Par exemple, il faudrait une action au niveau de :

- l'éducation des petites filles
- l'éducation physique et de la formation des moniteurs sportifs
- l'information juste et contrôlée des médias
- la formation des gens chargés de la rééducation.

Et peut-être quelques aménagements domestiques, sièges, lits d'enfants, porte-bébé, etc.

Le champ des recherches est largement ouvert !

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

N (numéro de dossier) : ...

A1 (âge) : ...

A2 (terme) : ...

A3 (parité) : ...

A4 (âge au 1^{er} bébé) : ...

IUE : 0-1

V2 (autres problèmes d'incontinence) : 0-1

IUE [avant la 1^{er} grossesse] : 0-1

Première grossesse –

I11 IUE 1^{er} grossesse : 0-1

I21 terme : ...

I31 IUE *post-partum* (IUE PP) : 0-1

I41 immédiat PP (*post-partum* immédiat) : 0-1

I51 PP lointain (*post-partum* lointain) [après 3 mois] : 0-1

I61 définitif : 0-1

I71 bref [< 6 mois] : 0-1

I81 durable [> 6 mois] : 0-1

Deuxième grossesse –

I12 IUE 2^{er} grossesse : 0-1

I22 terme : ...

I32 *post-partum* : 0-1

I42 immédiat PP : 0-1

I52 PP lointain [après 3 mois] : 0-1

I62 définitif : 0-1

I72 bref [< 6 mois] : 0-1

I82 durable [> 6 mois] : 0-1

3^{er} grossesse –

I13 IUE 3^{er} grossesse : 0-1

I23 *post-partum* : 0-1

I33 définitif : 0-1

I43 bref [< 6 mois] : 0-1

I53 durable [> 6 mois] : 0-1

IUE aggravée pendant les grossesses : 0-1

Premier accouchement –

B11 césarienne: 0-1

B21 après poussée : 0-1

B31 péridurale : 0-1
B41 réflexe expulsif : 0-1
B51 expulsion rapide [3 à 5 poussées] : 0-1
B61 expulsion longue [10 poussées...] : 0-1
B71 expression : 0-1
B81 épisiotomie : 0-1
B91 déchirure : 0-1
B101 douleur <=15 J : 0-1
B111 douleur > 15 J : 0-1
B121 poids du bébé : ...
B131 forceps : 0-1
B141 après poussée : 0-1

Deuxième accouchement -

B12 césarienne : 0-1
B22 après poussée : 0-1
B32 péridurale : 0-1
B42 réflexe expulsif : 0-1
B52 expulsion brève [3 à 5 poussées] : 0-1
B62 expulsion longue [10...] : 0-1
B72 expression : 0-1
B82 épisiotomie : 0-1 déchirure : 0-1
B92 déchirure : 0-1
B102 douleur <=15 J : 0-1
B112 douleur > 15 J : 0-1
B122 poids du bébé : ...
B142 après poussée : 0-1

préparation : 0-1
PPO seul : 0-1
travail du périnée préparation : 0-1
travail périnée PP précoce : 0-1

rééducation : 0-1
testing : 0-1
travail périnée rééducation : 0-1
abdominaux : 0-1
électro stimulation : 0-1
résultats électro : 0-1

sports adolescence : 0-1
compétition : 0-1
danse : 0-1
sport adulte : 0-1

ATCD (antécédents familiaux d'incontinence) : 0-1

constipation : 0-1
avec poussée : 0-1

pesanteur 1^{er} bébé : 0-1
pesanteur 2^{er} bébé : 0-1
pesanteur 3^{er} bébé : 0-1

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX FEMMES ENCEINTES

Précisions, conventions, mode de codage employés pour le recueil des réponses.

1. Identification

Âge –

Il nous paru intéressant de noter l'âge au moment de la consultation, mais aussi l'âge au premier enfant, afin de voir si les âges extrêmes étaient plus exposés.

Incontinence d'effort –

Nous avons précisé lors de l'entretien, les caractéristiques de ce type d'incontinence. Les femmes ont aussi décrit le problème rencontré et les circonstances. Nous avons considéré cet item comme positif dès lors que l'IUE était survenue de manière non-exceptionnelle, à quelque moment de la vie. Les items suivants permettent l'analyse dans le temps.

Autres problèmes urinaires –

Ceci exclut la pollakiurie ordinaire de la grossesse et concerne surtout les impériosités. C'est sur la description des troubles que cet item a été rempli.

IUE pendant la grossesse –

Toute réponse non datée, intitulée par la femme « dès le début » a été enregistrée comme 08 SA, par convention.

Toute réponse « à la fin » a été enregistrée comme 36 SA.

Certaines femmes ont pu chiffrer précisément le début des troubles.

IUE dans le post-partum –

Nous avons différencié le *post-partum* immédiat et les incidences à quelques mois.

Lorsque les troubles ont eu une durée limitée, ils sont notés en deux classes : « durée inférieure à 6 mois, ou supérieure à 6 mois ».

Lorsque le problème est latent avec récurrences inopinées, il est noté « définitif ».

2. Accouchement

Césarienne –

En cas de réponse positive plusieurs situations sont à envisager. S'il s'agit d'une césarienne « à froid », tous les items sur l'expulsion sont laissés blancs, à l'exception, éventuellement, de la péridurale.

S'il s'agit d'une césarienne après tentative d'expulsion, certains items peuvent être cochés (réflexe, durée des efforts expulsifs, expression..).

La cause de la césarienne a toujours été demandée mais n'a pas fait l'objet d'une codification.

Péridurale –

Seule est notée positivement la péridurale à plein effet au moment de l'expulsion.

Réflexe expulsif –

À la question « aviez-vous une envie irrésistible de pousser » ou au contraire, « avez-vous poussé parce qu'on vous le demandait », nous n'avons pas rencontré d'hésitation. La

codification a été réflexe présent ou absent.

Durée des efforts expulsifs –

Évaluée subjectivement à partir du moment où l'on a placé les pieds dans les étriers, demandé d'attraper les barres et de pousser.

C'est une notion plus floue. Néanmoins la plupart des parturientes arrivent à choisir entre « 3 à 5 » et « plutôt 10 poussées ».

La notion d'expression n'a jamais été ambiguë –

À la question « a-t-on appuyé sur le ventre pour aider à pousser le bébé », les souvenirs évoqués ont toujours été très précis ! Plusieurs nous ont spontanément précisé qu'on avait seulement appuyé sur le ventre après, pour le placenta... sans qu'il y ait la moindre confusion.

Nous avons néanmoins préféré faire expliciter lorsque la réponse était positive.

Épisiotomie, déchirure –

Pas de difficulté, les réponses sont très précises.

3. Préparation et suite de couches

Douleur après épisiotomie ou déchirure –

L'estimation de la période douloureuse consécutive à l'épisiotomie ou à la déchirure, a été directement quantifiée par les patientes, et regroupée ensuite pour le traitement, en deux intervalles : inférieure ou supérieure à deux semaines.

Préparation à l'accouchement –

Il s'agissait de faire une distinction entre les femmes ayant suivi les seules séances d'Accouchement sans Douleur et celles ayant eu une démarche personnelle (sophrologie, yoga, piscine...). Les réponses clairement exprimées ont été regroupées en « PPO » = 1, dans le premier cas, et, « PPO » = 0 dans le deuxième.

Travail du périnée en préparation –

Il s'agissait non pas de parler du périnée mais de faire des exercices au cours des séances.

Travail du périnée en post-partum immédiat –

Soit sur incitation de l'institution, soit par initiative personnelle. Les réponses positives ont surtout fait état du « pipi stop » plus ou moins intensif... Nous les avons néanmoins comptabilisées, par opposition à celles qui ignoraient tout. Le chiffre est donc relativement élevé.

Rééducation postnatale, en général par kinésithérapeute –

Nous n'avons pas tenu compte des délais jusqu'à six mois après la naissance. La plupart ont fait leurs séances autour de deux mois.

Beaucoup n'ont pas fait la totalité des séances ; une grande majorité est très insatisfaite (trop dur, fatigant, livrée à soi-même, source de douleurs lombaires...). Les massages ont la faveur de toutes celles qui ont pu en bénéficier (rares) !

Testing du périnée –

Soit par les gynécologues (pour poser l'indication de rééducation), soit par les kinésithérapeutes (pour ajuster la rééducation et mesurer les résultats). Les quelques réponses positives ayant été presque toujours le fait d'une relation particulière (par ex-belle-sœur kinésithérapeute très alertée...), il n'était pas significatif de faire la différence pour l'exploitation des résultats.

Travail du périnée en rééducation –

Nous avons demandé aux femmes de préciser le type d'exercice proposé. Le travail du périnée se résumait souvent à serrer les cuisses contre résistance. Ceci a été codé 0.

Dès lors que des exercices périnéaux étaient proposés au cours des séances, même pour une faible partie de la rééducation, nous avons codé 1. Le résultat apparent est donc assez élevé et ne correspond pas à une rééducation périnéale telle qu'on voudrait la voir pratiquée.

Électrostimulation –

Vu le nombre de cas, il n'a pas été intéressant de détailler. À noter que certaines en auraient bénéficié alors qu'elles estiment n'avoir jamais eu de problème. Il s'agit peut-être d'une indication mal posée... ou d'une prévention attentionnée par quelque relation personnelle.

Résultats –

Notre projet était d'évaluer, bien que subjectivement, les apports de la rééducation. Étant donné le flou quant aux exercices périnéaux, à leur proportion vis à vis des abdominaux généralement abordés « après un peu de travail du périnée »..., et étant donné le caractère aveugle de la prescription, nous n'avons demandé d'évaluation des résultats qu'à celles qui avaient eu de l'électrostimulation.

Le faible nombre de cas ne permet pas de conclusion; on peut seulement noter que toutes les femmes n'acceptent pas forcément bien la méthode. Les autres sont relativement satisfaites mais estiment que les effets s'estompent dans le temps.

4. Autres caractéristiques

Sport –

Le projet était d'apprécier si une pratique sportive intensive pouvait préjuger d'une tonicité du plancher pelvien... et si celle-ci était bénéfique (le but aujourd'hui n'étant pas d'éviter l'épisiotomie, mais plutôt le prolapsus, on préfère un périnée tonique à un périnée relâché).

Nous avons donc voulu savoir si la femme était sportive dans l'enfance ou l'adolescence, et quel type de sport elle pratiquait. Celles qui n'ont pas d'autre pratique que l'E.P.S (Éducation Physique et Sportive) à l'école, la natation en été et quelques jours de ski, ont été notées non sportives.

Il fallait donc avoir une pratique prolongée et intensive.

Nous avons différencié celles qui avaient une pratique du niveau compétition de celles qui pratiquaient régulièrement en loisir.

Enfin nous avons regroupé sous la rubrique « danse », l'équitation et la danse, pour leurs effets supposés sur le périnée.

Nous avons aussi demandé si cet entraînement s'était arrêté après le lycée ou s'il avait été poursuivi dans l'âge adulte; nous n'avons pas détaillé les différents âges.

Constipation –

La demande a porté sur une tendance durable et actuelle, et non d'épisodes lointains ou d'un problème exclusivement lié à la grossesse.

Poussée –

Nous avons tenté de savoir si l'attitude face à la constipation était une attitude de poussée violente, une action médicamenteuse, ou simplement l'attente passive. L'item « poussée » n'a été coché que dans le premier cas.

antécédents familiaux d'incontinence –

L'arrière-grand-mère incontinente à 90 ans n'a pas été retenue dans les antécédents... Seules les mères, grands-mères, tantes ou sœurs opérées ou incontinentes avant d'être

séniles ont été codées. Il est à noter que la plupart des femmes interrogées n'en savent rien, que certaines soupçonnent, mais que le sujet reste tabou... Les résultats ne paraissent guère fiables, surtout dans la négative.

Sensation de pesanteur pelvienne –

Cette notion est tout à fait subjective. Mais finalement guère plus que les notions de durée de douleur, de constipation avec ou sans poussée.

C'est pour avoir souvent entendu cette plainte dans nos cours que nous avons décidé de poser cette question. Elle paraît refléter une réalité : le deuxième bébé est souvent beaucoup plus pesant sur le périnée, lors de stations debout prolongées par exemple. On peut penser que les ligaments utérins ont été déjà allongés et sont donc plus étirés. À fortiori, s'il y a prolapsus.

Une telle plainte mériterait, selon nous, d'effectuer un contrôle lors de l'examen gynécologique, même si le col est long et fermé, en demandant de pousser pour voir une éventuelle hystéroptose.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) J. BARRAT, A. PIGNÉ, L. MARPEAU, *Le prolapsus génital et son traitement* – Masson, 1988.
- (2) B. BASTIAN, JP. LASSAU : *Bases anatomiques statiques et dynamiques de l'utérus normal* – in : *Anatomia Clinica*, vol. 4, 1982. pp 147-160.
- (3) R. BELAICHE, B. PISTRE DE GASQUET, *L'expulsion et son préjudice corporel* – in : *Dossiers de l'Obstétrique*, n° 118, 1985.
- (4) Alain BOURCIER, *Le Plancher Pelvien* – Éditions Vigot, Paris, 1989. 296 pp.
- (5) Alain BOURCIER, *Urodynamique et réadaptation en urogynécologie* –Éditions Vigot, Paris, 1991.
- (6) Marcel CAUFRIEZ, *Thérapies manuelles et instrumentales en uro-gynécologie* – M.C. Éditions, Bruxelles, 1989. 199 pp.
- (7) J. CHANG, *Le Tao de l'art d'aimer*– Calman Levy, 1991.
- (8) Odile COTELLE, *Accouchement et continence urinaire. Rééducation uro-gynécologique postnatale* – Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1983.
- (9) Odile COTELLE, *Guide pratique de rééducation uro-gynécologique* – Ellipses, 1985. 95 pp.
- (10) Odile COTELLE–BERNEDE, M. CHARRON, *L'eau quotidienne et les femmes*– Stock, 1990.
- (11) DEBAT Laboratoires, *Enquête épidémiologique sur les troubles mictionnels de la femme*, 1991.
- (12) A. DENIS, *L'art d'aimer des anciens chinois*– Minerva, 1991.
- (13) G. ENHORNING, *Simultaneous recording of intravesical and intraurethral pressure. A study on urethral closure in normal and stress incontinent women* – *Acta. Chir. Scand*, 1961.
- (14) J. EVOLA, *Le Yoga Tantrique*– Fayard, 1975.
- (15) Gérard FAUSSAT, *L'éducation physique scolaire, révélateur, par les fuites urinaires, d'une population nullipare à risque* – Mémoire DURUG 1989-90, St-Étienne.
- (16) P. de la FUENTE, J.M. HERNANDEZ-GARCIA, V. MARTINEZ, *Évolution de l'équilibre acido-basique selon le type d'expulsion* – in : *Journal Gynécologique Obstétrical, Biologie Reproductive*, n° 13, 1984, pp. 629-634.
- (17) Bernadette de GASQUET, *La liberté posturale au cours de l'accouchement*. *Dossiers de l'Obstétrique*, n° 182, mars 1991, pp. 9-11.
- (18) P. GRABER, *Static and dynamic pressure parameters in the closure of the bladder in LUTZEYER W., MELCHIOR H., urodynamics* – Springer, Berlin 1973.

- (19) T. GREEN, A.M., J. Obst. Gynec. 83 : 632/ 1962
27 : 744/ 1966
23 : 603/ 1968
- (20) P. GRENIER SWEET, *Exhale Pushing* – in : Mothering, Spring, 1982. pp 66–69.
- (21) H. GORDON, M. LOGUE, *Périneal muscle function after Childbirth* – in : Lancet, n° 20, 1985. pp. 123–125.
- (22) D. de HAGEN, *Prise de conscience et musculature périnéales*– in : Dossiers de l'Obstétrique, n° 22, avril 1976. pp. 6–9.
- (23) P. HODGKUISON – A.M., J. Obst. Gynec., n° 1144, 1970.
- (24) D. HOWARD, H. FOREST, *Delivery in the physiologic position*– in : Obst and Gynecology, Vol .11, n° 3, march 1958. pp. 318–322.
- (25) B. JACQUETIN, C. DESCAMPS, *Épisiotomie : indications, avantages et inconvénients*. Société de Gynéco. Obst. du Rhin Supérieur, Strasbourg, mai 1988.
- (26) P. KAMINA, *Anatomie gynécologique et obstétricale. Le pelvis mou*– Maloine, 1982.
- (27) A.H. KEGEL, *Physiologic therapy for urinary stress incontinence*. J.A.M.A. 146 : 915, 1951.
- (28) A.H. KEGEL, *Progressive resistance exercice in the functional restoration of the périnéal muscles*. A.M., J. Obst Gynec., 56: 238, 1948.
- (29) J. KITZINGER, *The complete book of pregnancy and Childbirth*– Knopf Nare, 1980.
- (30) J. LANZAC, G. BODY, *Pratique de l'accouchement* – SIMEP 1988. 340 pp.
- (31) J. M. LEHMANS, *Gym câline*– Doin, 1988.
- (32) Y. MALINAS, M. FAVIER, *Mécanique obstétricale*– Masson 1979.
- (33) W. H. MASTER, W.M. ALLEN, *Traumatic laceration of uterin support*. A.M., J. Obst Gynec, 1955, 70, 3. pp. 500–513.
- (34) Sylvie MAZUEL, *Les incidences directes de l'accouchement par voie basse sur le combiné viscéral et le plancher périnéal* – Mémoire DURUG 1989-90, St-Étienne.
- (35) PH. MINTZ, M.A. LEGOFF, V. LOFFREDO, *Incontinence urinaire du post partum. Facteurs de risque et approche pathogénique* – in : Contraception, fertilité, sexualité. 1989, Vol. 17, n° 6. pp. 575–581.
- (36) Michel ODENT, *Alternative obstétrical positions and counter culture*– in : 4th international conference of ethnomedecine. Max Planck Institute, 1978.
- (37) Michel ODENT, *Genèse de l'homme écologique* – ÉPI, 1979. 179 pp.
- (38) Moyses PACIORNIK, *Apprenez l'accouchement accroupi* – Favre, Lausanne, 1981. 163 pp.
- (39) Moyses PACIORNIK, V. LOFFREDO, *De la rareté de l'incontinence urinaire d'effort chez les Indiennes des forêts du sud du Brésil*– In : Gyn Obs, n° 274, 2 mai 1992.
- (40) E. PAPIERNIK, H. ROZENBAUM, J. BELAISCH, *Gynécologie* – Flammarion, 1990. 788 pp.

- (41) E. PELISSIER, P. LOPEZ, S. MARES, *Rééducation vésico-sphinctérienne et ano-rectale* – Masson, 1992.
- (42) A. PIGNÉ, S. RÉMOND, J. BARRAT, *Épisiotomie, mises à jour en gynécologie et obstétrique* – Vigot, 1983.
- (43) R. RENAUD, H. SERMENT, & coll., *Les incontinences urinaires chez la femme*– Masson, 1980.
- (44) G. SERMENT, M. GAMERRE, ADRAIJ & coll., *Incidence de la grossesse sur la vessie et l'urètre : étude prospective*– Ann Urolog, 1985, n° 19. pp. 53–56.
- (45) J. SLEEP, A. GRANT, *West Berkshire perineal management trial*– British medical journal, vol. 289, sept. 1984. pp. 587–590.
- (46) J. SLEEP, A. GRANT, *West Berkshire perineal management trial : three years follow up* – British medical journal, vol. 295, sept. 1987. pp. 749–751.
- (47) S. THACKER, A.H. BANTH : *Benefits and risks of episiotomie ; an interpretative review of the English language literature*– Obst and gynec survey, vol 38, n° 6, 1983. pp. 587–590.

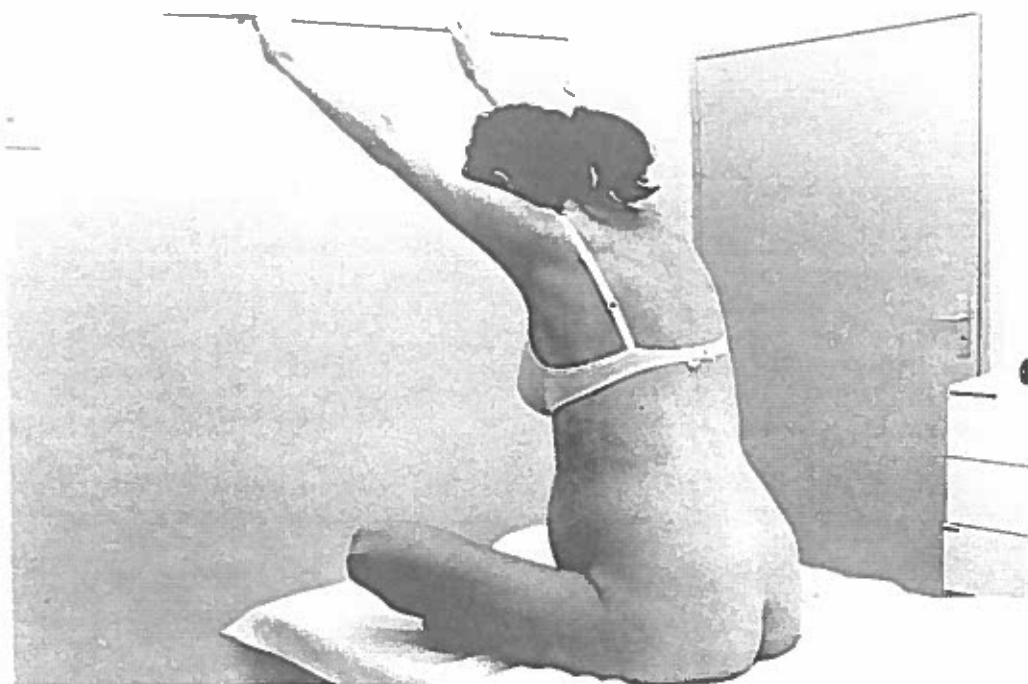
FILMOGRAPHIE

Berceau de l'humanité : N. BARATIER, réalisateur – Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali. Document Enfant & Tradition, Distributeur, Audecam, Paris, 1971.

Pour que ses jours fleurissent : N. FERRY, réalisateur – Distributeur, Santé & Communication, 31520 Ramonville, 1983.

The squatting position delivery : M. PACIORNIK, réalisateur– Diffuseur, C.P.P. Curitiba, Brésil, 1979.

En cassette vidéo : « Le Périnée féminin, éléments de prévention des prolapsus », R. BELAICHE, A. BOURCIER, M. JACQUET, B. PISTRE de GASQUET.



Antéflexion du tronc. Antéversion sans cambrure.



Rétroversion du bassin en suspension.



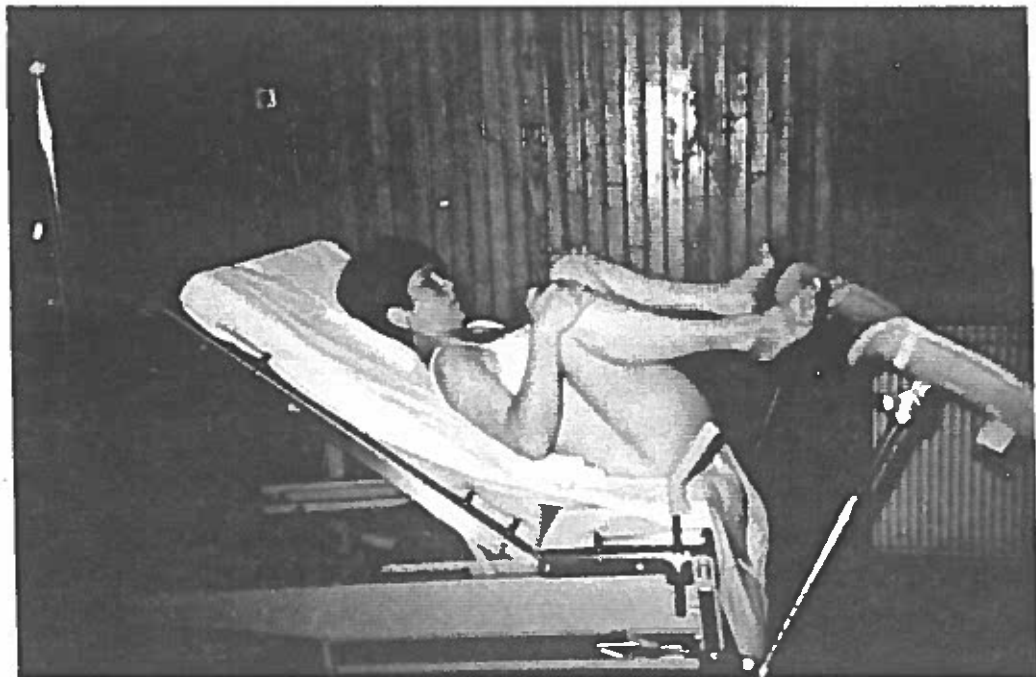
Antéflexion du tronc. Antéversion sans cambrure.



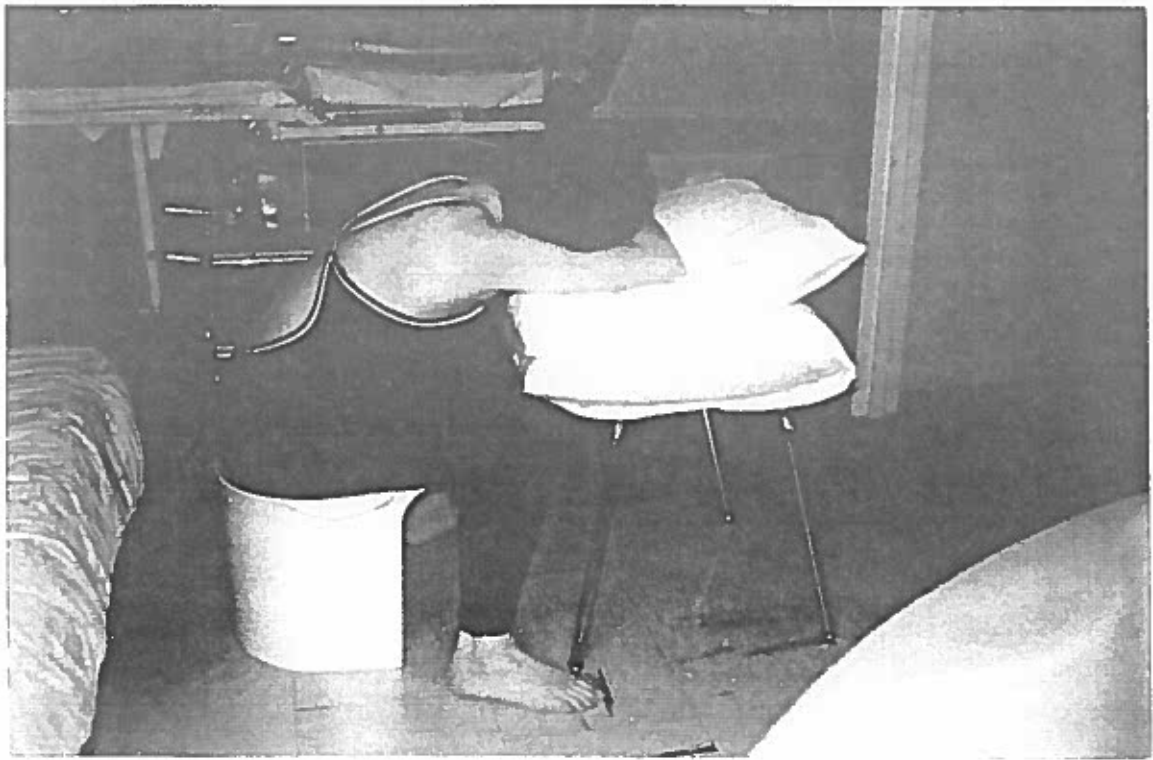
Rétroversion du bassin en suspension.



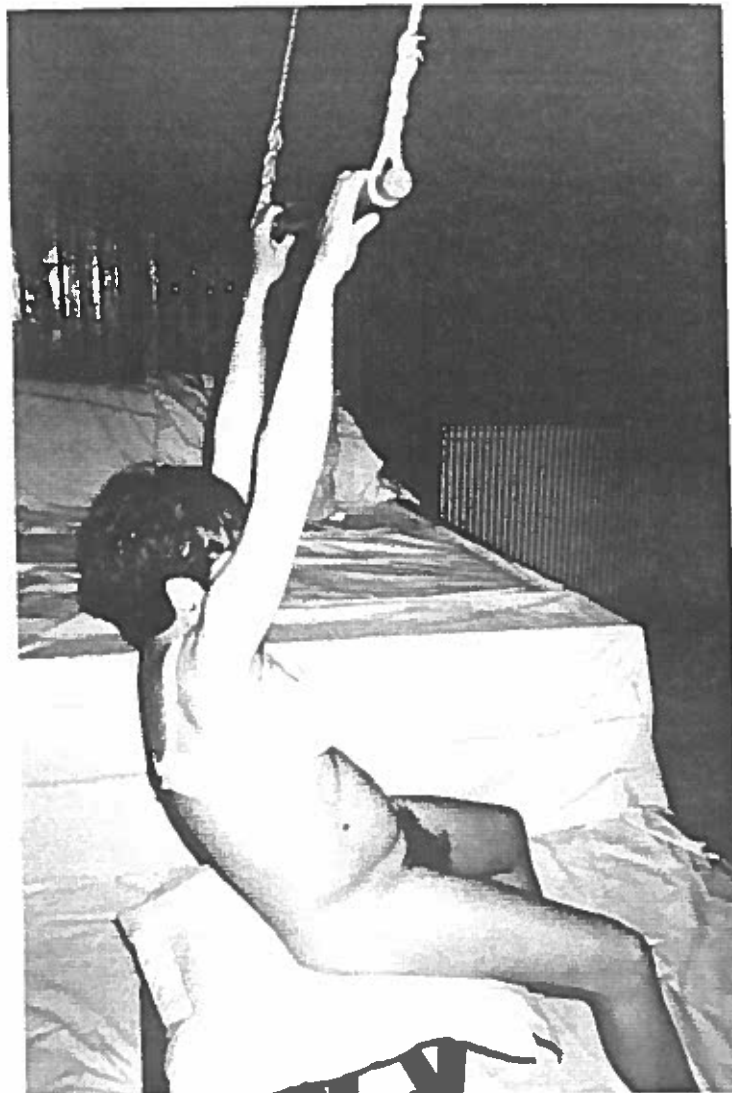
Position anglaise d'accouchement.



Rétroversion du bassin par hyperflexion des cuisses sur le ventre.



Siège d'accouchement (antéversion du bassin).



Siège d'accouchement (antéversion du bassin).

La problématique de cette thèse est née de quinze ans de travail avec des femmes enceintes et des accouchées. L'enquête réalisée en interrogeant 201 multigestes en consultation prénatale à la maternité Baudelocque à Paris a confirmé l'expérience professionnelle. L'incontinence urinaire d'effort concerne plus ou moins gravement cinquante pour cent des femmes ayant accouché. Comment l'obstétrique moderne aborde-t-elle la question ? Peut-on envisager une meilleure prévention ? La thèse présente des constats généraux quant aux pratiques obstétricales, une analyse des résultats en termes d'IUE, et des propositions.

Les constats généraux

Dans les maternités parisiennes, de 1988 à 1991, les femmes participent largement à la préparation de l'accouchement, malgré les progrès de la péridurale. Cette préparation n'est pas corporelle, et l'éducation périnéale se résume au pipi-stop. L'information est en fait véhiculée par les médias.

L'accouchement se fait en position gynécologique. La poussée-bloquée est la règle, souvent complétée par l'expression. Une expulsion rapide est exigée sans attendre souvent le réflexe expulsif (surtout sous péridurale). Pour les primipares, le taux d'épisiotomie est de 73 %, le taux de péridurale est de 50 %, et le taux de forceps est de 25 %.

La rééducation est largement suivie. Elle reste abdominale. La rééducation périnéale est ignorée ou mal comprise. Le testing est absent. Pipi-stop et pédalage sont les deux axes de travail.

Le problème

Près de 55 % des femmes ont déclaré avoir eu une IUE à un moment de leur vie, plus ou moins durablement ; 10 % avant le premier accouchement ; 26 % dans le premier *post-partum*, proche ou lointain. C'est surtout la deuxième grossesse qui révèle le problème (plus de 30 % d'incidence). L'étude a testé les principaux facteurs de risque décrits dans la littérature (âge de la mère, poids du bébé, forceps, expression, antécédents familiaux, constipation...), ainsi que les éléments de protection (épisiotomie, pratique sportive, césarienne). Aucun de ces éléments ne s'est révélé statistiquement significatif. Les seuls éléments diminuant statistiquement le risque d'IUE sont : présence du réflexe expulsif, et nombre de poussées inférieur à cinq.

Les propositions

Dans le *pre-partum* : éducation périnéale, intégration du périnée dans le schéma corporel, hygiène de vie.

Dans l'accouchement : respect de la physiologie, mobilité du bassin pour une adéquation bassin-mobile fœtal à chaque phase de l'accouchement. Ceci suppose d'autres positions que la position gynécologique. Par ailleurs, ajustement des axes de progression et des résultantes de forces, attente du réflexe expulsif, poussée sur l'expiration avec remontée du diaphragme pour assurer le relâchement périnéal (éventuellement grâce à une suspension). Suppression de l'expression, sauf urgence vitale.

Dans le *post-partum* : rééducation précoce intensive. Hygiène de vie. Testing systématique. Prescription de rééducation s'il y a lieu, adaptée aux indications. Abandon définitif du travail abdominal classique (pédalage...) au profit des abdominaux profonds, avec verrouillage périnéal. Lutte contre la constipation, travail sur la statique, la conduite des efforts, intégration du périnée à la vie quotidienne.

Cette thèse est illustrée de schémas et photos, et complétée d'une cassette vidéo « Le périnée féminin, élément de prévention des prolapsus ».