

Rééducation périnéale :
Instrument d'une réflexion éducative
et instauration d'un dialogue ?
Enquête réalisée auprès de 440 femmes

Mémoire présenté et soutenu par :

CAROFF Philippine

Née le 28 Mai 1995

Sous la direction de Madame Catherine FERRAND, sage-femme

Remerciements

A Madame Catherine Ferrand pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

A toutes les femmes ayant pris le temps de répondre au questionnaire.

A toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

A ma maman pour ces nombreuses relectures et corrections.

A ma famille pour sa bienveillance et son soutien durant ces années d'études.

A mes amies de promotion, pour tous ces bons moments partagés durant ces quatre années.

Table des matières

Liste des abréviations

I- Introduction	1
II- Matériels et méthodes	4
2.1. Matériels de l'étude	4
2.1.1. <i>Type d'enquête</i>	4
2.1.2. <i>Population étudiée</i>	4
2.2. Méthodes de l'étude.....	4
2.2.1. <i>Recueil de données.....</i>	4
2.2.2. <i>Outil utilisé.....</i>	5
2.2.3. <i>Méthode d'analyse</i>	5
III- Résultats	6
3.1. Données générales.....	6
3.2. Caractéristiques générales des séances de rééducation périnéale.....	8
3.3. Connaissances et sensations autour du périnée	12
3.4. Intérêts plus larges autour de la rééducation périnéale.....	15
IV- Discussion	19
4.1. Biais et limites	19
4.2. L'organisation des séances de rééducation périnéale.....	19
4.2.1. <i>Modalités de prescription</i>	19
4.2.2. <i>Délivrance de l'information.....</i>	20
4.2.3. <i>Avec qui et pourquoi avoir fait ces séances ?</i>	21
4.2.4. <i>Début des séances de rééducation périnéale</i>	22
4.2.5. <i>Nombre et durée des séances/ Pourquoi ne pas avoir fait toutes les séances ?</i>	23
4.2.6. <i>Méthodes de rééducation périnéale</i>	24
4.3. Education périnéale.....	26
4.4. Intérêts plus larges des séances de rééducation périnéale	29
4.4.1. <i>Autres intérêts des séances de rééducation périnéale</i>	29
4.4.2. <i>Vécu de l'accouchement</i>	30
4.4.3. <i>Alimentation maternelle ou alimentation du bébé / Maternage</i>	31
4.4.4. <i>Reprise du sport / Perte de poids</i>	31
4.4.5. <i>Sexualité/ Douleurs et cicatrisation / Relation de couple.....</i>	32
4.4.6. <i>Dépression post-natale</i>	33
V- Conclusion.....	34
Bibliographie	
Liste des figures et tableaux	
Annexes	

Liste des abréviations

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

SF : Sage-femme

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

HAS : Haute Autorité de Santé

IU : Incontinence urinaire

IUE : Incontinence urinaire d'effort

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

NP : Niveau de preuve

RP : Rééducation périnéale

PP : Post-partum

CT : Court terme

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SDC : Suites de couches

VPN : Visite post-natale

PEC : Prise en charge

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

AS : Aide-soignante

AM : Alimentation maternelle

PN : Post-natal

RS : Rapports sexuels

CMP : Connaissance et maîtrise du périnée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

ONPS : Office National de la Publication Scolaire

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

I - Introduction

La rééducation périnéale a été développée par un gynécologue américain Arnold Kegel [1,2] dans les années 50, mais ce n'est qu'en 1980 qu'elle fût introduite en France par le physiothérapeute Alain Bourcier¹ [3].

Depuis, la rééducation périnéale s'est largement développée et a connu diverses appellations telles que rééducation uro-gynécologique, rééducation périnéo-sphinctérienne ou encore rééducation vésico-sphinctérienne.

Ainsi, selon une étude de la CNAMTS menée en 2015 sur la consommation de soins dans les 6 mois suivants l'accouchement, les femmes ayant accouché par voie basse sont 54 % à avoir eu recours à la RP, et 39 % si elles ont accouché par césarienne.

A ce jour, la rééducation périnéale peut être pratiquée à la fois par les kinésithérapeutes et les sages-femmes.

Les kinésithérapeutes sont habilités à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne dans le cadre du post-partum², mais au-delà de 90 jours après l'accouchement. La prise en charge par un kinésithérapeute peut être accordée avant ce délai de 90 jours si la patiente n'a pas de sage-femme rééducateur dans un périmètre de 50 kilomètres autour de son domicile.

La sage-femme peut effectuer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement³ et est donc habilitée à réaliser la rééducation uro-gynécologique sans limite d'âge chez toutes les patientes ayant accouché.

Au-delà du cadre du post-partum (90 jours), la prescription doit être établie par un médecin.

Ces séances de rééducation du périnée sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maternité. Celles-ci peuvent être effectuées sans limite dans le temps et dans le nombre de séances mais, au-delà de 30 séances, un accord préalable avec la CPAM est nécessaire⁴.

Selon l'Observatoire National Démographique des professions de santé [4,5], parmi les actes côtés des sages-femmes, l'acte le plus fréquemment réalisé est celui de la RP. Il représente 46 % des actes (soit près de 37 % de l'ensemble des actes réalisés par les SF et remboursés).

Les honoraires remboursables représentent en 2014 plus de 58 millions d'euros.

Pour une SF, chaque séance de rééducation est cotée SF 7 soit 19.60 euros. Suite à l'avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales signé avec l'UNCAM le 29 Mai 2018 [6], une revalorisation tarifaire est prévue en Septembre 2019 avec une cotation SF 7.5 soit 21 euros. Pour un kinésithérapeute la séance est cotée AMK 8 soit 17.20 euros.

¹ Responsable de l'unité de rééducation pelvi-périnéale, service d'urologie, hôpital Tenon, Paris

² Décret n°96-879, 8 Octobre 1996

³ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, 18 Octobre 2006

⁴ Décision de l'UNCAM modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) parue au JO le 28 Février 2012

La rééducation périnéale chez la femme, souvent pratiquée dans la continuité de la grossesse et l'accouchement, a pour objectif de consolider voire de restaurer la fonction périnéo-sphinctérienne. Elle concerne les suites de tous types d'accouchements (voie basse spontanée ou instrumentale, césarienne) aussi bien dans le post-partum immédiat que plus tardivement.

Le périnée, ensemble de muscles très complexe qui constitue le plancher pelvien, est un véritable verrou qui permet de supporter le poids du corps et les pressions abdominales. Il est très sollicité lors de la grossesse et surtout l'accouchement ce qui favorise une diminution de sa tonicité et une augmentation de la laxité ligamentaire [7,8]. Les traumatismes ou les contraintes musculaires supportés par cette partie du corps soumise aux hormones, aux variations de poids et de volume, peuvent entraîner des conséquences multiples. On retrouve notamment (HAS, 2002) des douleurs périnéales (22 % des femmes à huit semaines de l'accouchement), des troubles de la statique des organes pelviens (20 %), des déficiences musculaires (25 %), des troubles de la continence (15 %) ou des dyspareunies [9].

Ces troubles de la continence et notamment l'IUE peuvent être transitoires à cette période mais on retrouve une prédominance autour de la cinquantaine puis une prévalence à 25 % entre 60 et 69 ans et 32 % pour les femmes de plus de 80 ans. 12 % des femmes de moins de 30 ans souffrent d'incontinence, 20 à 35 % des femmes n'ayant pas eu d'enfant [10].

En 2009, le CNGOF établit le fait qu'une femme qui a présenté une incontinence urinaire avant une grossesse ou en cours de grossesse a plus de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du post-partum et à distance (NP1) [11]. Les modalités de l'accouchement vaginal (position pendant l'accouchement, durée du travail, extraction instrumentale, épisiotomie, anesthésie péridurale...) n'ont pas montré d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme. Dans une étude menée par Hvidman [12], 51,7 % des incontinenances urinaires du post-partum s'expliquent par une incontinence de la grossesse, 37,5 % par une incontinence préexistante à la grossesse, tandis que la césarienne ne réduit le risque que de 7,8 %.

Si la rééducation du post-partum connaît actuellement un développement considérable en France, il existe de nombreuses « techniques » et des pratiques très disparates. De plus, la RP est également très variable selon les pays tant dans les indications, la fréquence des séances, les types d'exercices et la prise en charge par les assurances maladie [13].

D'après les recommandations pour la pratique clinique de décembre 2002 de la HAS [9], la prescription de séances de rééducation du post-partum ne doit pas être considérée comme systématique. Elle découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés au cours de l'examen clinique effectué lors de la consultation post-natale. Mais cette recommandation ne fait pas l'objet d'un consensus professionnel et la rééducation périnéale continue d'être prescrite en majorité systématiquement [14].

En 2015, le CNGOF publie de nouvelles recommandations pour la pratique clinique de la rééducation périnéale [15,16]. Il est important de noter que le niveau de preuve de la plupart des études retrouvées dans la littérature concernant ce sujet est faible. De ce fait, la plupart des recommandations sont basées sur un accord professionnel.

Le CNGOF ne recommande pas la pratique chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme (accord professionnel), ni pour prévenir les troubles de la statique pelvienne ou dans le traitement des dyspareunies (grade C).

En revanche, la RP a démontré son efficacité en cas d'incontinence persistante à 3 mois du PP (grade A). Les auteurs recommandent des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien par un thérapeute qui sont plus efficaces à CT (1 an) que de simples conseils. Dans ce cas, au moins 3 séances guidées par un thérapeute pourraient être proposées, associées à des exercices réalisés à domicile.

Il a été démontré que la rééducation du post-partum n'améliore pas l'incontinence urinaire à long terme (6-12 ans). Nous retrouvons également les mêmes conclusions concernant l'incontinence anale du post-partum (NP3).

Suite aux publications du CNGOF en 2015, le Conseil National des Sages-Femmes a tenu à souligner que « les protocoles d'étude retrouvés dans la littérature internationale sont souvent bien éloignés des protocoles français (rythmicité des séances [souvent mensuelles], modalités des séances [individuelles ou en groupes], présence ou non d'un thérapeute, stratégie thérapeutique) » et qu'il pourrait donc être dommageable que l'absence de recherche conduise à diminuer la réalisation de ces séances en post-partum [17].

L'évolution de la rééducation du périnée doit amener à dépasser le plan sphinctérien pour aller vers la globalité du fonctionnement périnéal.

Suite à ces recommandations, la réalisation de ces séances de RP dans le post-partum va donc être amenée à diminuer car un certain nombre de femmes ne présente pas ou plus de troubles après l'accouchement, les lésions pourront se manifester plus tardivement.

Mais ces séances de RP répondent-elles à un besoin des femmes qui va au-delà du traitement d'un symptôme précis en étant notamment le lieu d'expression d'autres problématiques ?

Dans ce suivi régulier du post-partum qui permet de clore la grossesse, les SF ont-elles un rôle à jouer dans la promotion d'une approche éducative et préventive auprès des femmes ?

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer, auprès de femmes ayant déjà fait de la rééducation du périnée, l'organisation de ces séances, pourquoi elles ont pratiqué cette rééducation et si elles ont trouvé au travers de ces séances, outre le traitement d'un symptôme, d'autres intérêts et objectifs plus larges en répondant à différents besoins et problématiques qu'elles avaient pu rencontrer dans le post-partum.

II - Matériels et méthodes

2.1. Matériels de l'étude

2.1.1. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête observationnelle déclarative de type transversale par auto-questionnaire. Elle a été réalisée auprès de femmes ayant déjà accouché et fait de la rééducation du périnée au moins une fois dans les suites de cette naissance. Cette enquête s'est déroulée du 28 Mai au 12 Juillet 2018.

2.1.2. Population étudiée

Toutes les femmes ayant déjà accouché, par voie basse ou césarienne et ayant déjà fait au moins une fois de la rééducation du périnée étaient éligibles à cette enquête. Les femmes n'ayant jamais fait de rééducation périnéale à la suite de leur accouchement ou ne parlant et ne comprenant pas bien la langue française ont été exclues de notre enquête.

2.2. Méthodes de l'étude

2.2.1. Recueil de données

Le questionnaire établi a été testé sur des sujets en dehors de la grossesse, pour s'assurer qu'il ne dure pas plus de dix minutes et ainsi favoriser les réponses.

Dans un premier temps, nous avons distribué le questionnaire dans le service de suites de couches du CHU de Nantes aux femmes ayant déjà réalisé de la rééducation périnéale à la suite d'un ou plusieurs de leurs précédents accouchements, après obtention de leur accord oral. Ceux-ci étaient par la suite récupérés par le personnel soignant et déposés dans une pochette prévue à cet effet dans les salles de soins.

Nous nous sommes rapidement rendus compte que nous ne récupérions pas à chaque fois le nombre de questionnaires distribués.

Nous avons donc décidé de ne plus laisser le questionnaire aux femmes mais de rester dans la chambre avec elle pour le remplir.

Au total 49 questionnaires ont été récupérés.

Malgré les passages fréquents dans le service de SDC seul un faible nombre de questionnaires a pu être distribué : un certain nombre de femmes ne pouvant pas être incluses dans notre enquête du fait qu'elles n'avaient jamais fait de rééducation périnéale malgré leur parité ou qu'elles ne maîtrisaient pas bien la langue française.

Il a donc été décidé d'élargir la population interrogée en mettant en ligne le questionnaire de façon anonyme sous forme de Google Forms accompagné d'un texte explicatif des conditions à respecter pour pouvoir y répondre.

Nous avons pu recueillir au total 391 réponses au questionnaire en ligne.

Que ce soit lors de la distribution des questionnaires en SDC ou lors de la mise en ligne, nous avons volontairement choisi de ne pas exposer les nouvelles modalités de prescription de la RP, suite aux recommandations de 2016, ainsi que les objectifs de cette enquête pour ne pas influencer les réponses.

2.2.2. Outil utilisé

Le questionnaire destiné aux femmes est organisé en 4 parties :

- La première partie concerne les données générales des femmes.
- La deuxième partie porte sur la dernière rééducation périnéale faite par les femmes et détaille ses différentes modalités.
- La troisième partie concerne les connaissances et sensations des femmes autour du périnée.
- La dernière partie permet de mettre en lumière de façon plus globale si ces séances de RP ont répondu à d'autres besoins spécifiques en post-natal ; en soulevant d'autres problématiques et en ayant des intérêts plus larges.

Pour clore le questionnaire, nous avons posé deux questions ouvertes aux femmes leur permettant de répondre en argumentant et d'avoir un espace libre de commentaires.

2.2.3. Méthode d'analyse

Les questionnaires recueillis en SDC ont été retranscrits sur Google Forms afin d'avoir toutes les réponses sur la même base de données.

Le masque de saisie, la saisie de données ainsi que l'analyse statistique sont réalisés sur Microsoft Office 2016 Excel. Les données en pourcentage sont arrondies au dixième.

Le test utilisé pour la comparaison des pourcentages est le test du Khi-2. Le seuil de signification est présenté par un $p < 0.05$.

III - Résultats

En SDC, 49 questionnaires ont été récupérés. A ceux-ci s'ajoutent les 391 questionnaires recueillis en ligne ce qui nous fait un total de 440 réponses.

Pour une lecture facilitée, les résultats sont présentés en reprenant les différentes parties du questionnaire.

3.1. Données générales

Figure 1 : Caractéristiques générales : Age maternel (N=440)

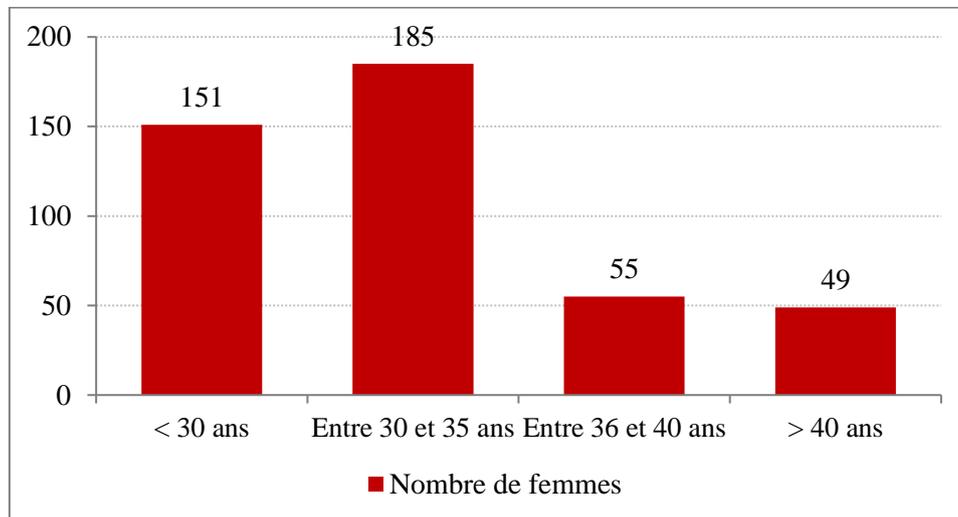
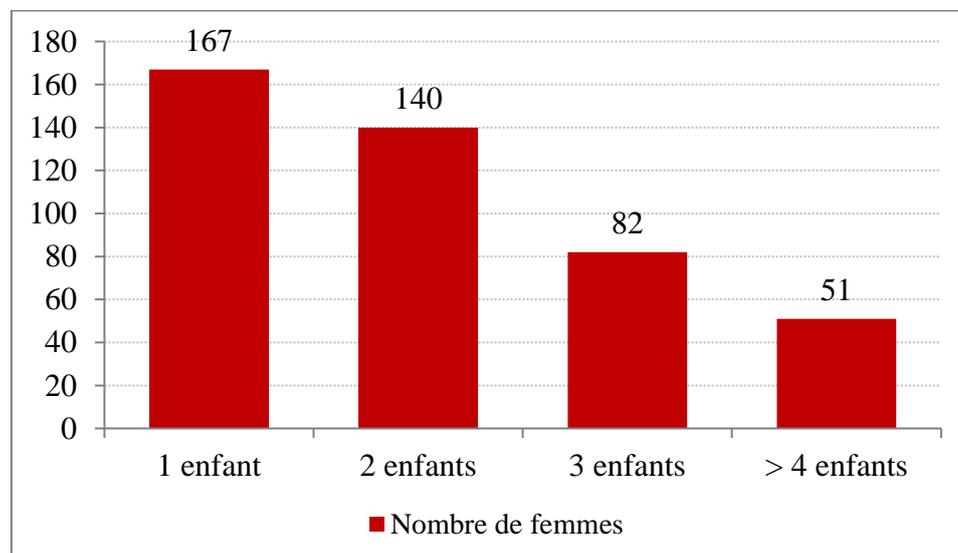


Figure 2 : Caractéristiques générales : Parité (N=440)

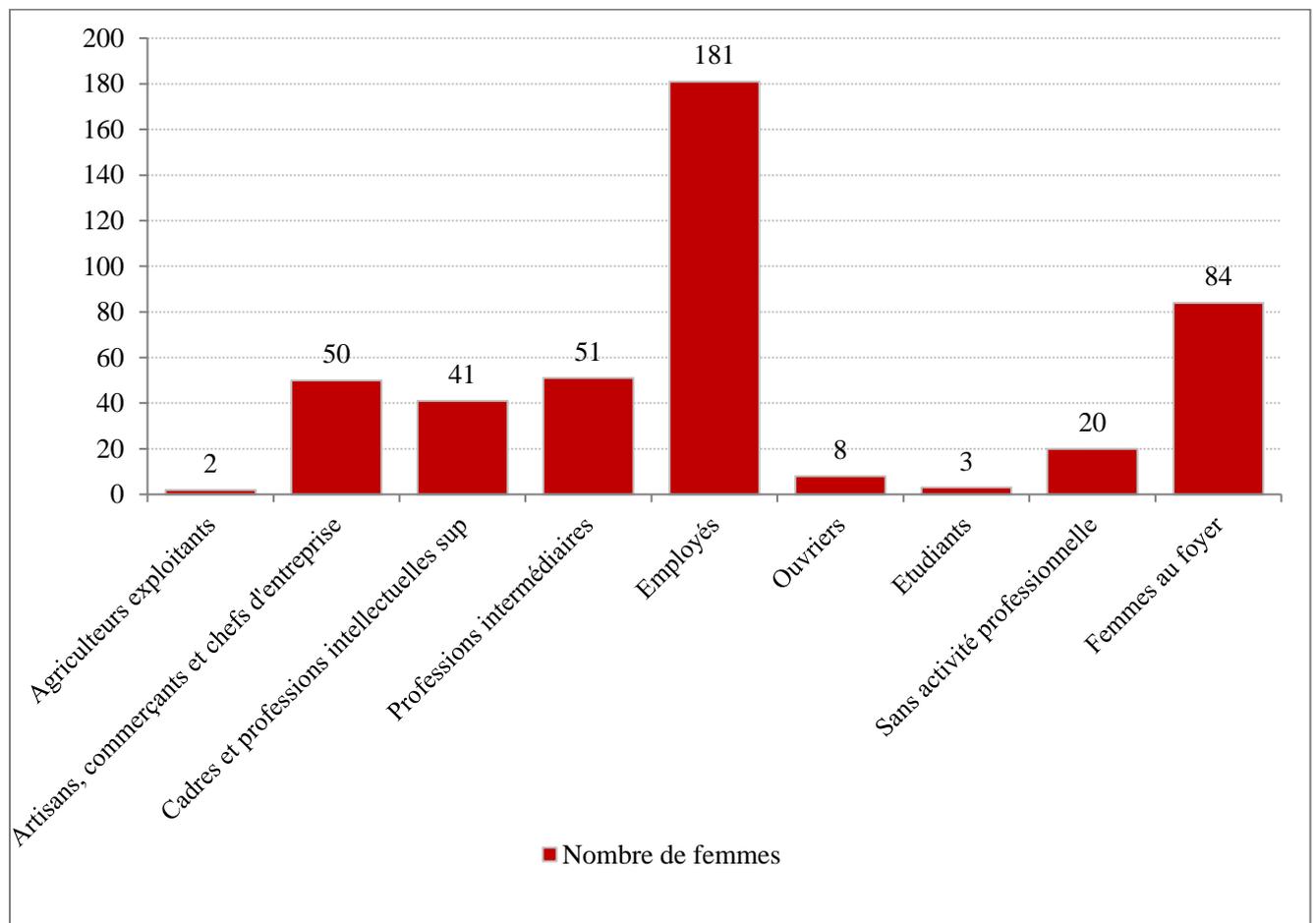


Dans notre étude, les femmes étaient des multipares pour 62 % et primipares pour 38 %. Toutes ces femmes ont fait de la rééducation du périnée au moins une fois à la suite d'un accouchement.

88 % des multipares ont fait de la RP suite à leur premier accouchement. Parmi les 12 % des multipares n'ayant pas fait de RP suite à leur premier accouchement, aucun ne datait de 2016 et plus, date des nouvelles recommandations modifiant les modalités de prescription de la RP. Chez les multipares, 60 % des femmes ont fait de la RP à la suite de chaque accouchement.

Les catégories professionnelles des femmes sont représentées ci-dessous :

Figure 3 : Catégories socioprofessionnelles (N=440)



3.2. Caractéristiques générales des séances de rééducation périnéale

Les résultats qui suivent concernent les caractéristiques de la dernière rééducation du périnée que les femmes ont faite.

Le tableau ci-dessous compare les modalités de prescription de la rééducation du périnée avant ou après 2016, date des nouvelles recommandations du CNGOF.

49.3 % des femmes de notre échantillon ont fait leur dernière rééducation avant 2016, 50.7 % après 2016.

Tableau 1 : Comparaison des modalités de prescription de la rééducation périnéale avant/après 2016 (N=440)

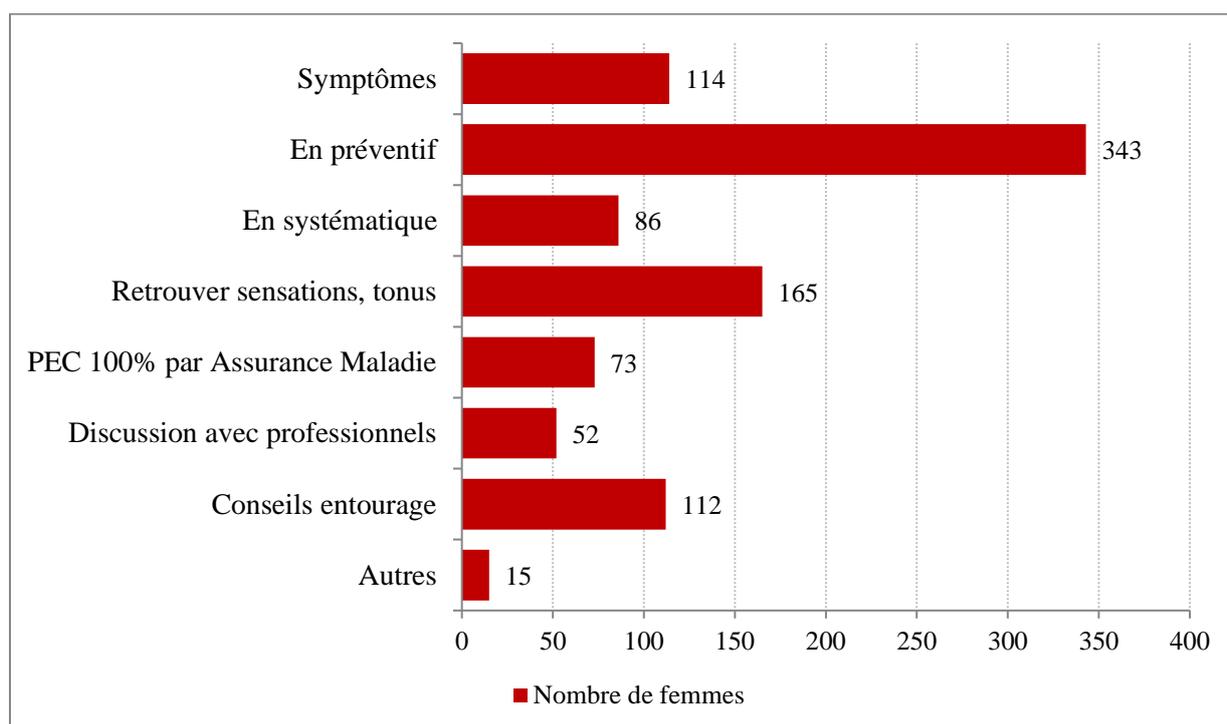
Modalités de prescription	Date de la dernière RP			P-value
	Avant 2016 % (Nombre)	Après 2016 % (Nombre)	Total % (Nombre)	
Ordonnance systématique	48.9 (110)	51.1 (115)	51.1 (225)	0,137
Lors du Prado	35 (14)	65 (26)	9.1 (40)	
Lors VPN	51.9 (83)	48.1 (77)	36.4 (160)	
3 mois après accouchement	66.7 (10)	13.3 (5)	3.4 (15)	
Total % (Nombre)	49.3 (217)	50.7 (223)	440	

Au moment de la prescription des séances de rééducation périnéale, 73.2 % des femmes ont déclaré avoir reçu des explications sur la rééducation, son intérêt par le prescripteur, 26.8 % ont déclaré ne pas avoir reçu ces informations.

Tableau 2 : Comparaison des explications sur la rééducation périnéale, son intérêt par le prescripteur suivant les modalités de prescription (N=440)

Modalités de prescription	Explications sur la RP		P-value
	OUI % (Nombre)	NON % (Nombre)	
Ordonnance systématique	47.2 (152)	61.9 (73)	0,00019
Lors du Prado	11.2 (36)	3.3 (4)	
Lors VPN	38.8 (125)	26.3 (31)	
3 mois après accouchement	2.8 (9)	8.5 (10)	
Total % (Nombre)	73.2 (322)	26.8 (118)	

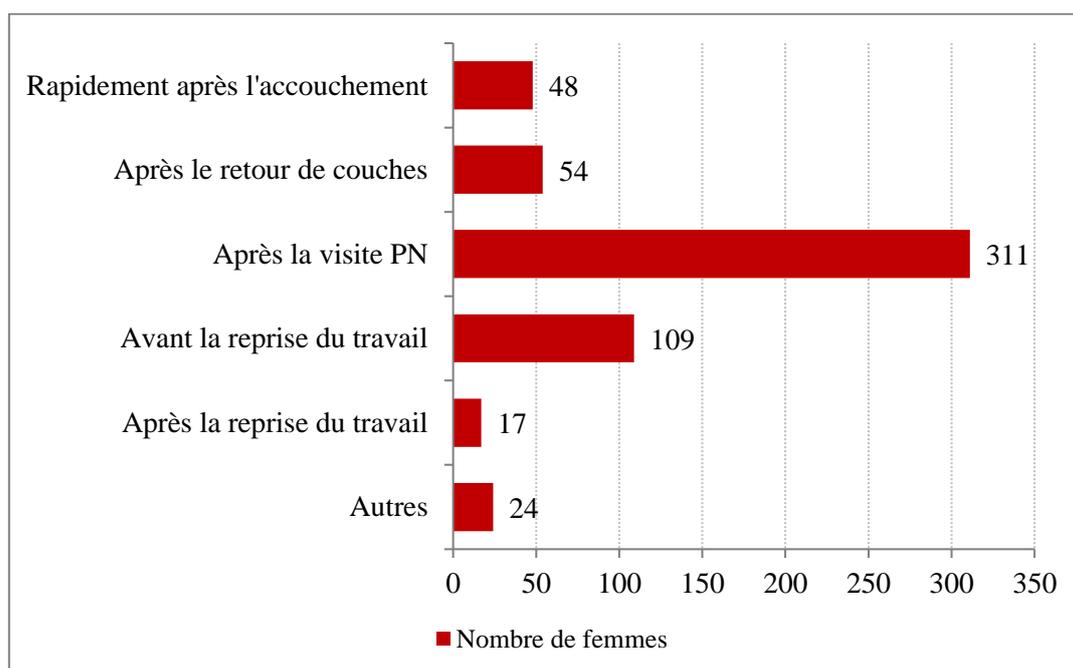
Figure 4 : Motifs personnels ayant motivé la rééducation périnéale (N=440)



Dans les « Autres » motifs personnels pour avoir fait de la RP nous retrouvons notamment pour « reprendre une activité sportive sans risque ».

82 % des femmes ont fait leurs séances de rééducation périnéale avec une sage-femme,
18 % avec un kinésithérapeute.
60 % des femmes déclarent avoir déjà consulté et donc connaître ce professionnel avant de débiter la rééducation du périnée.

Figure 5 : Début des séances de rééducation périnéale (N=440)



Dans « Autres », les femmes ont déclaré avoir commencé leurs séances de RP plus tardivement, souvent de quelques mois.

Figure 6 : Méthodes de rééducation périnéale (N=440)

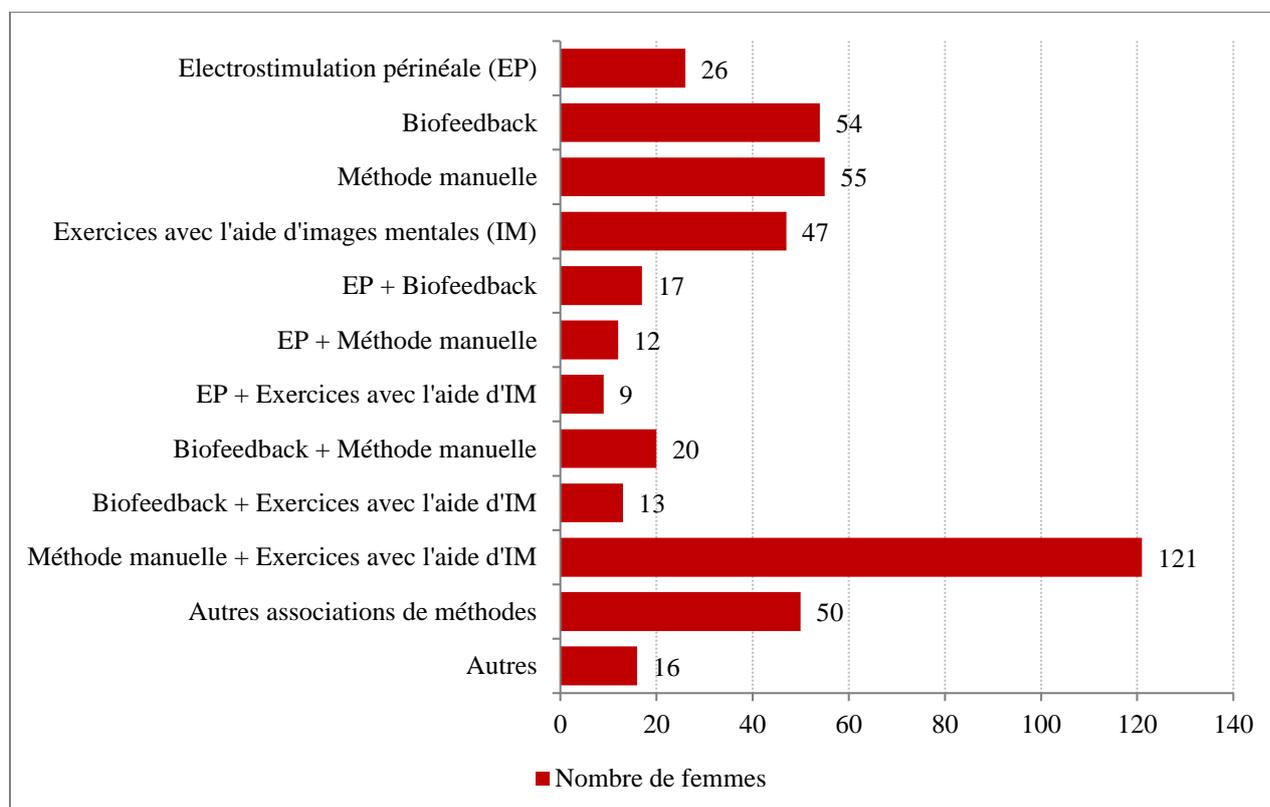


Figure 7 : Durée des séances de rééducation périnéale (N=440)

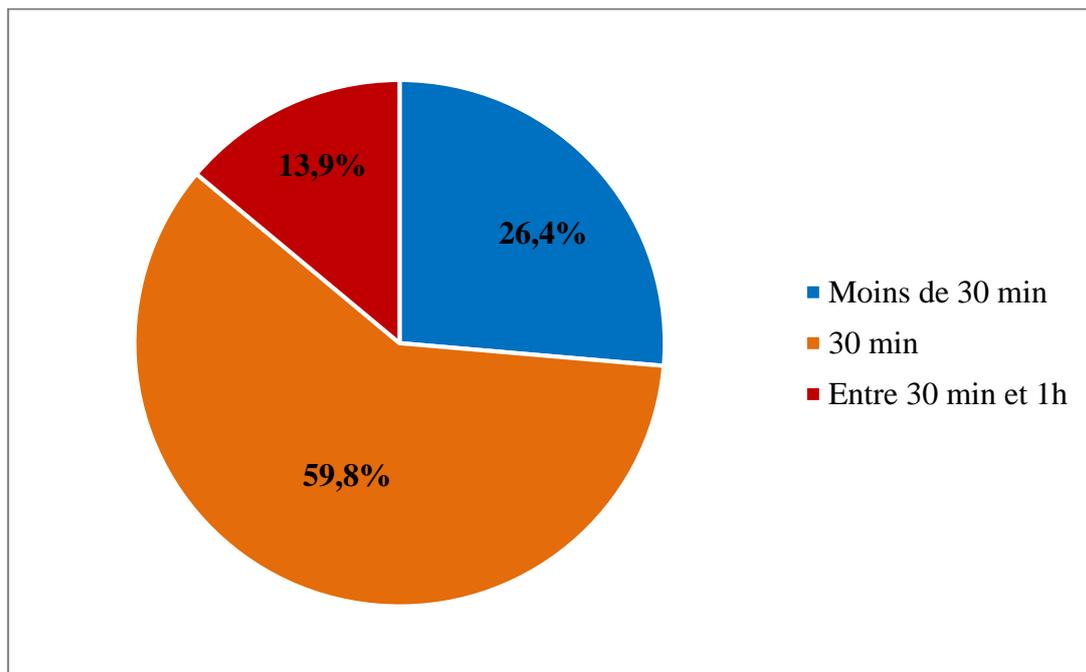
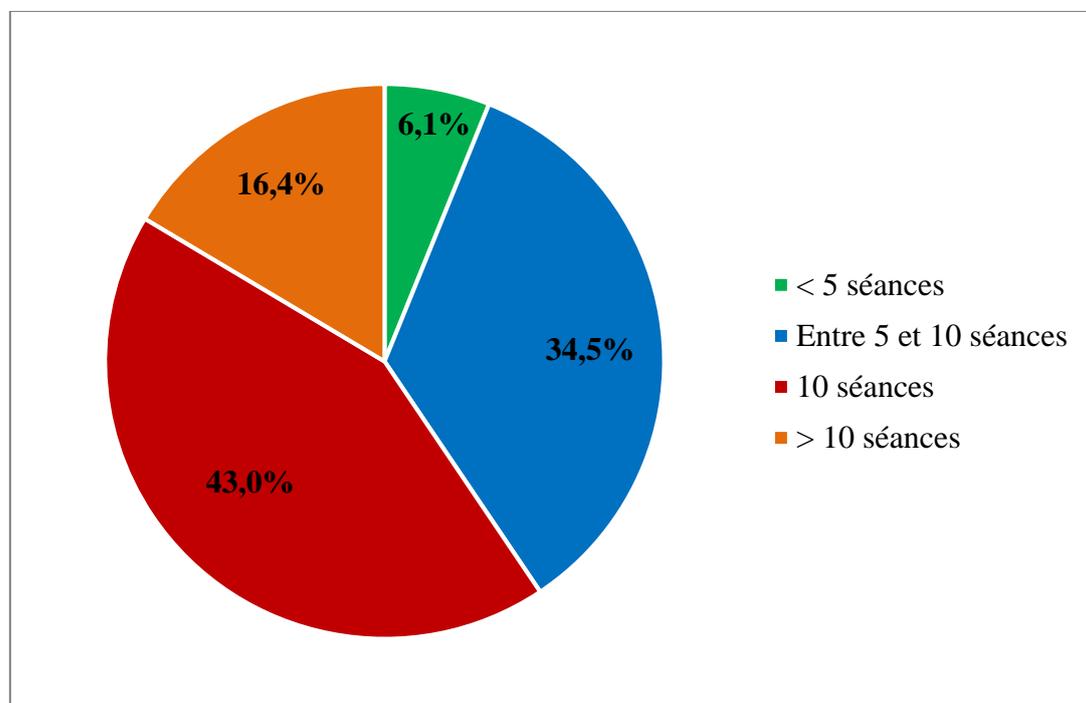
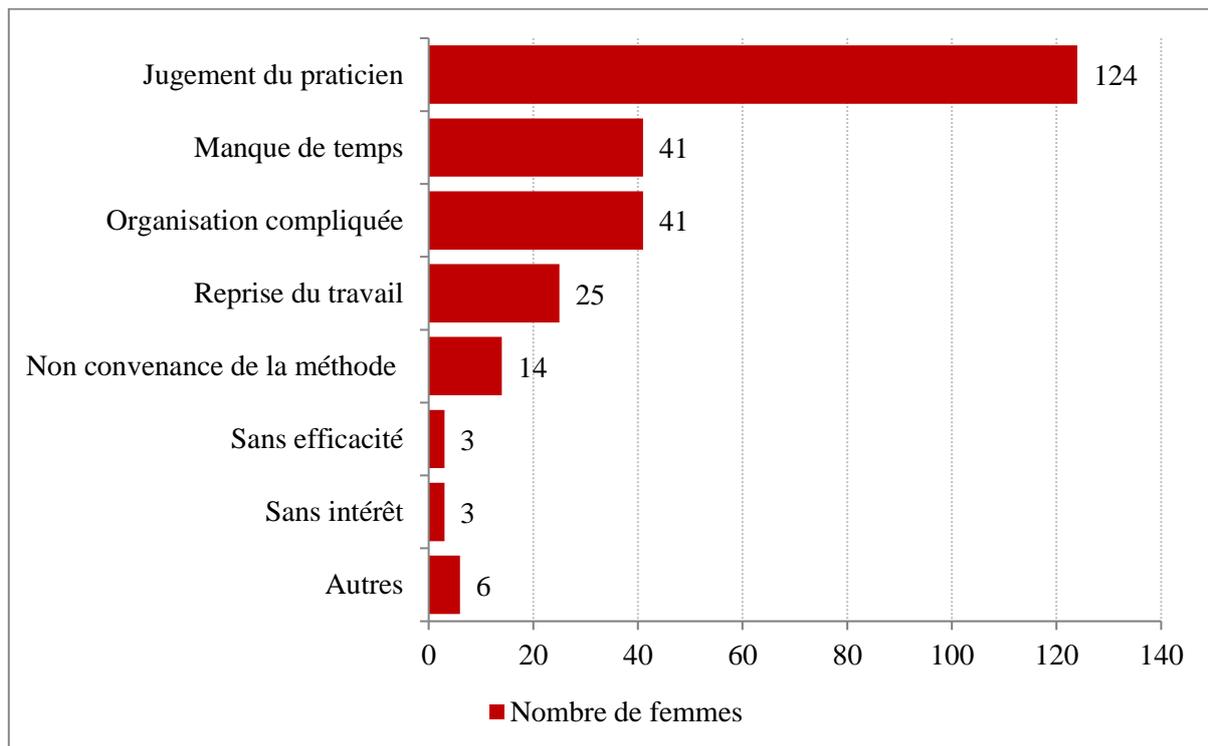


Figure 8 : Nombre de séances de rééducation périnéale réalisées (N=440)



40.6 % des femmes n'ont pas fait toutes les séances prescrites donc en général moins de 10 séances.

Figure 9 : Raisons pour ne pas avoir fait toutes les séances prescrites (N=179)

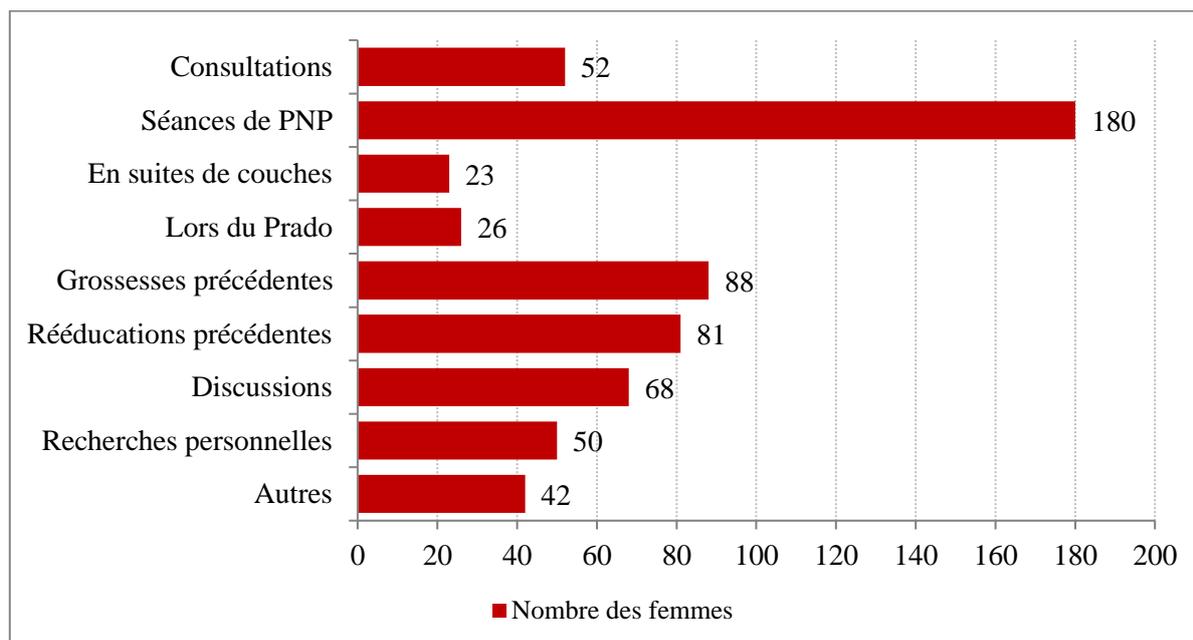


Dans les « Autres » raisons de ne pas avoir fait toutes les séances de RP, on retrouve notamment : « Praticienne pas du tout à l'écoute, désagréable » ou « Déménagement ».

3.3. Connaissances et sensations autour du périnée

67 % des femmes déclarent avoir déjà eu des informations sur le périnée, son anatomie et ses fonctions avant ces séances de RP alors que 33 % déclarent n'en avoir jamais eu.

Figure 10 : Moments d'informations sur le périnée, son anatomie et ses fonctions (N=296)



Sur les 42 femmes ayant coché parmi leurs réponses « Autres », 38 d'entre elles soit 12.8 % des femmes de notre échantillon ont justifié qu'elles ont eu connaissance de ces informations au cours de leurs études ou parce qu'elles font parties d'une profession médicale ou paramédicale (Médecins, Sages-Femmes, IDE, AS...).

Tableau 3 : Comparaison concernant les informations apprises sur le périnée, son rôle, pendant les séances de rééducation périnéale et non connues avant, selon la parité (N=440)

Parité	Choses apprises sur le périnée, son rôle, non connues avant séances RP			P-value
	OUI % (Nombre)	NON % (Nombre)	Total % (Nombre)	
Primipare	50.3 (84)	49.7 (83)	38 (167)	0.171
Multipare	43.6 (119)	56.4 (154)	62 (273)	
Total % (Nombre)	46.1 (203)	53.9 (237)	440	

Il était proposé par la suite aux femmes ayant répondu positivement de dire en quelques mots ce qu'elles avaient retenu de ce qu'on avait pu leur transmettre de nouveau lors des séances. 124 femmes ont laissé un commentaire et nous avons pu les regrouper en 4 thèmes différents :

- Anatomie du périnée, savoir le situer,
- Fonctions du périnée,
- Importance de travailler le périnée en préventif,
- Prise de conscience des différents muscles, sensations différentes.

Nombre de fois cités	Thèmes	Extraits de commentaires
30	Anatomie, situer périnée	<p>« Appris à situer le périnée » « Je ne savais tout simplement pas ce qu'était le périnée » « J'ai appris à dissocier toutes les différentes parties de ce muscle » « J'ai vu des croquis qui m'ont aidé à comprendre et mieux appréhender les exercices » « J'ai surtout appris l'importance du bassin et son rôle clé dans la chaîne anatomique et dans la rééducation du périnée » « M'a permis de mieux "visualiser" son emplacement - j'ai mieux compris l'étendue de son rôle en comprenant sa position » « Je croyais qu'il était beaucoup plus petit et ne concernait que la zone vaginale » « Prise de conscience de cette partie de l'anatomie » « On m'a montré sur un modèle où étaient les muscles »</p>
28	Fonctions du périnée	<p>« J'ai appris à quoi sert chaque muscle » « Je ne connaissais pas du tout le rôle du périnée, ça m'a permis d'en savoir plus sur sa fonction » « Que c'est lui qui retient nos organes comme un plateau » « Son importance dans le corps de la femme » « Ça retonifie les muscles du bas ventre pour retrouver un tonus pendant les relations sexuelles. Je trouve !! » « On se rend compte de l'importance de ce muscle notamment suite à l'accouchement et qu'on sent la différence... avant je ne pensais même pas à ce muscle et maintenant je me rends compte de l'importance qu'il a ! » « Différentes fonctions avec les muscles internes et externes... » « Qu'il soutient énormément de muscles « au-dessus » » « Le rôle du périnée dans le plaisir sexuel »</p>
18	Côté préventif, avenir	<p>« Important pour éviter fuites urinaires », « Évitez les incontinences » « Impact pour l'avenir... », « importance pour de futures grossesses » « Par rapport descente d'organes » « Juste appris que ça évitait ou limitait l'incontinence et permettait de retrouver le tonus » « Rôle dans les fuites urinaires, prolapsus des organes, constipation, sensation d'"air" vaginal »</p>
20	Prise de conscience, sensations, travail quotidien	<p>« J'ai appris à le contracter dans la vie quotidienne pour ne pas l'abîmer (toux, éternuement etc.) » « faire attention au quotidien » « Capacité de faire travailler le périnée profond, la vessie et l'urètre individuellement » « Tout simplement en prendre conscience et apprendre à le contracter » « De ressentir la dissociation de chaque muscle composant le périnée » « Permet de retrouver les sensations lors des rapports » « De meilleures perception/sensation vaginale au cours d'une union » « On apprend à se connaître » « Remuscler périnée, mieux pour rapports intimes (sensations) » « Que l'on peut le travailler facilement tout le temps et partout »</p>

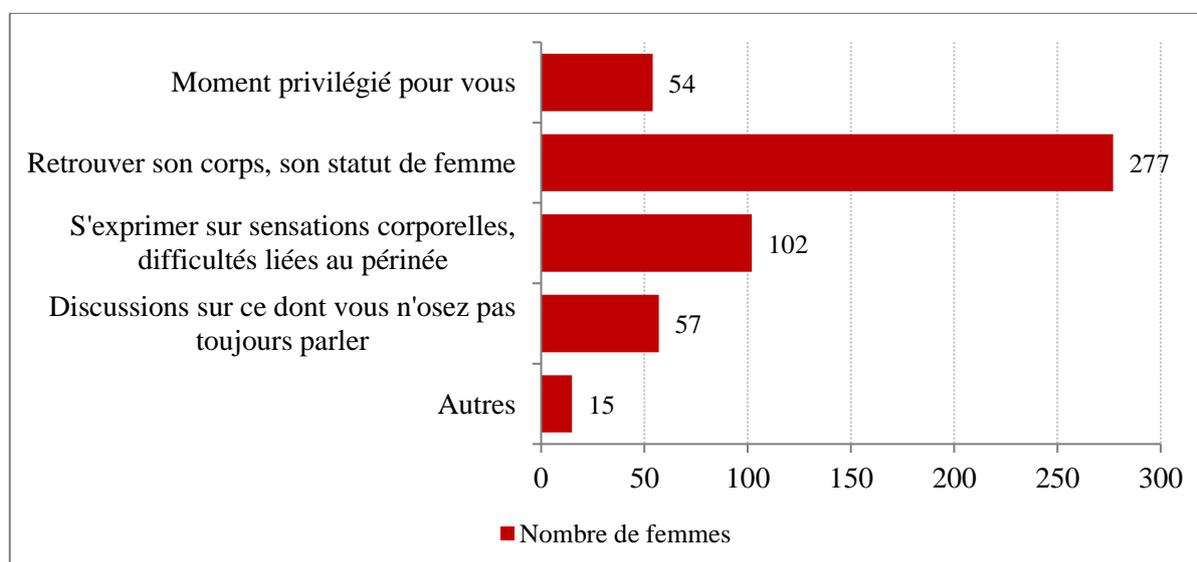
Le tableau ci-dessous compare en fonction de la parité si les séances de RP ont permis aux femmes de prendre conscience et ressentir les différents muscles du périnée ainsi que si elles ont continué leurs exercices à la maison à la fin de celles-ci.

Tableau 4 : Comparaisons suivant la parité (N=440)

Parité	Prise de conscience des muscles, sensations...		P-value
	OUI % (Nombre)	NON % (Nombre)	
Primipare	37.1 (151)	48.5 (16)	0.195
Multipare	62.9 (256)	51.5 (17)	
Total % (Nombre)	92.5 (407)	7.5 (33)	
Exercices continués à la maison après séances			
Primipare	35.7 (95)	41.4 (72)	0.231
Multipare	64.3 (171)	58.6 (102)	
Total % (Nombre)	60.5 (266)	39.5 (174)	

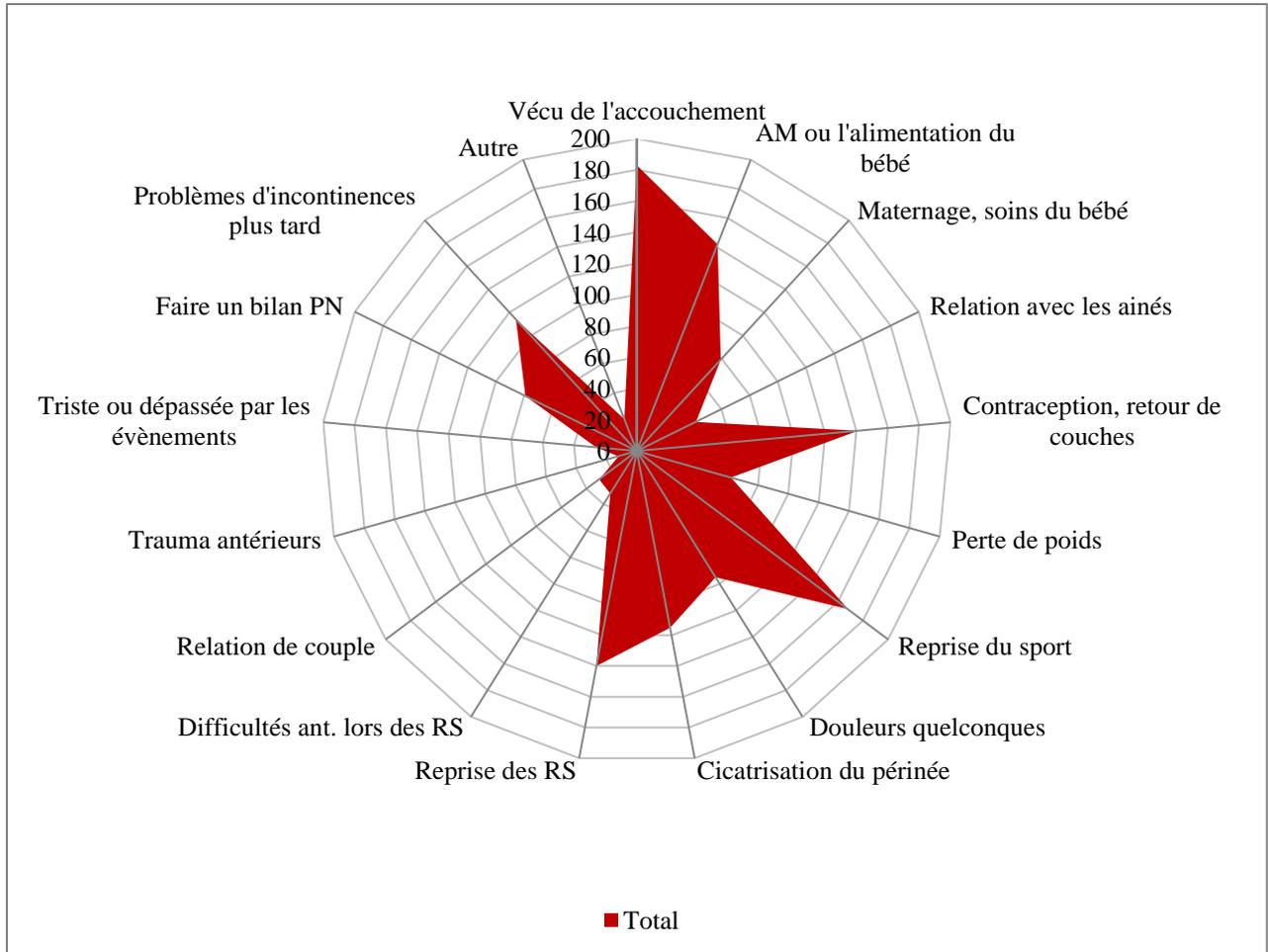
3.4. Intérêts plus larges autour de la rééducation périnéale

Figure 11 : Autres intérêts des séances de rééducation périnéale (N=440)



Dans les femmes ayant répondu « Autres » nous pouvons retrouver des arguments tels que : « M'assurer auprès d'un professionnel que tout allait bien », « Un moment particulier car parler de son corps son anatomie reste pour moi quelque chose de tabou », « pas vraiment d'autre objectif que d'éviter une aggravation des symptômes », « Aider juste mon corps à se remettre de l'accouchement en vue d'un suivant », « Partage avec SF » ou « reprendre le sport plus vite ».

Figure 12 : Autres problématiques sur lesquelles les femmes ont pu échanger lors des séances de rééducation périnéale (N=440)



Pour conclure le questionnaire, nous avons posé deux questions ouvertes aux femmes leur permettant d'avoir un espace libre de commentaires :

Dans un premier temps nous leur avons demandé de nous indiquer si la rééducation du périnée a été différente de ce à quoi elles s'attendaient :

Environ 70 % des femmes nous ont répondu que non sans se justifier ou qu'elles n'avaient pas d'attentes spécifiques au départ car c'étaient leurs premières séances de rééducation ou bien qu'on leur avait bien expliqué en amont en quoi cela consistait donc « il n'y avait pas de surprise ».

Dans les femmes nous ayant répondu positivement, nous avons pu regrouper leurs arguments en 4 groupes différents :

- Méthodes de rééducation périnéale,
- Connaissances autour du périnée,
- Sensations,
- Moments d'échanges, de relation et d'écoute avec le praticien.

Des extraits de commentaires sont énumérés dans le tableau ci-dessous :

Nombre de fois cités	Thèmes	Extraits de commentaires
41	Méthodes de RP	<p>« Tout dépendait de la méthode utilisée, méthode manuelle très efficace, surprise d'une progression si rapide »</p> <p>« Surprise des sensations d'électrostimulation »</p> <p>« Sceptique au début sur l'efficacité des images mentales sur moi, et finalement conquise! »</p> <p>« La première rééducation avait été avec sonde. Très désagréable. La seconde beaucoup plus à l'écoute »</p> <p>« Avec des représentations mentales que je peux refaire moi-même ce qui est bien mieux »</p> <p>« J'ai finalement préféré manuel car j'arrive mieux à contrôler les différents muscles »</p> <p>« Peu agréable quand séances avec sonde » « la rééducation manuelle c'est compliqué »</p> <p>« Après une rééducation par sonde, la rééducation CMP était parfaite ! »</p> <p>« Seule avec ma sonde devant un écran. Vraiment un très mauvais souvenir »</p>
8	Connaissances autour du périnée	<p>« J'ai découvert que c'est un véritable muscle qu'il faut "entretenir" car quand il fait défaut c'est fort embêtant »</p> <p>« J'ai trouvé ça hyper enrichissant sur la connaissance sensorielle des muscles de mon périnée »</p> <p>« Malgré un accouchement par césarienne, je souhaitais mieux connaître et mieux gérer ces muscles, pour en prendre soin et mieux les utiliser (besoins, rapports...) »</p> <p>« J'ai appris des choses essentielles à la vie de la femme. Je pense que l'enseignement autour du périnée devrait être systématique lors des grossesses et plus largement dans l'éducation du corps de la femme, de la sexualité »</p>
8	Sensations	<p>« Oui je pensais qu'on allait ressentir autre chose »</p> <p>« Très bien et indispensable pour pouvoir retrouver la sensation de son corps »</p>
28	Echanges/ Relations/ Ecoute	<p>« Moments importants d'échange et de discussion avec ma sage-femme », « moment privilégié pour parler de soi, et surtout de son bébé »</p> <p>« Vrai moment de plaisir que j'attendais finalement avec impatience! »</p> <p>« L'occasion d'avoir une discussion avec un adulte, de sortir la tête de l'eau, et la possibilité de verbaliser de façon informelle sur l'accouchement, les difficultés des premiers mois, d'être écoutée et confortée dans mon rôle de maman »</p> <p>« Toujours sécurisant de retrouver régulièrement un professionnel de la santé à distance de l'accouchement »</p> <p>« Elle a même répondu au-delà de mes attentes en abordant d'autres sujets »</p> <p>« Elle m'est apparue indispensable sur le plan psychologique (reprise de confiance, maîtrise de soi) et physique »</p>

Puis, dans un deuxième temps nous leur avons demandé si elles souhaiteraient en refaire lors d'un prochain accouchement.

Seulement 15 femmes, soit 3.4 % nous ont répondu négativement. 5.7 % ne souhaitent plus de grossesses mais certaines d'entre elles le conseillent à leurs amies, familles...

Sur les 90.9 % des femmes restantes nous ayant répondu positivement certaines ont justifié leurs réponses, on retrouve notamment : « Oui je pense que c'est indispensable. Quel que soit la grossesse ou l'accouchement », « Oui, très important, il y a des infos qu'on n'a pas si on ne fait pas de RP », « Oui [...] j'ai appris de nouvelles choses et j'aurais voulu aller plus loin. Je regrette surtout qu'il n'y ait pas une avant dernière séance deux mois plus tard et quatre mois plus tard après la dernière séance », « Oui, très important, il y a des infos qu'on n'a pas si on ne fait pas de RP », « Oui, cela devrait être proposé à chaque femme enceinte »

IV - Discussion

4.1. Biais et limites

En premier lieu, nous pouvons identifier un biais de recrutement de la population pour notre étude.

En effet le fait que le questionnaire ait été accessible à tous en ligne, la participation s'est faite sur la base du volontariat et nous pouvons nous demander si les femmes ayant pris le temps de répondre portaient un intérêt à la rééducation périnéale et étaient déjà sensibilisées à ce sujet. De plus, en SDC nous étions présentes dans certaines chambres pour aider les femmes à remplir le questionnaire et malgré la volonté de ne pas influencer les réponses, certaines femmes voulaient plus d'informations sur les objectifs de l'étude ce qui a pu modifier leurs réponses. Nous pouvons aussi parler d'un biais de mémoire car le questionnaire portait sur la dernière rééducation du périnée et certaines femmes l'avaient faite quelques années plus tôt.

La présentation de nos résultats sera faite en trois parties. Dans la première, nous reprendrons l'organisation des séances de RP que nous comparerons avec la littérature, puis nous aborderons l'éducation périnéale et enfin les intérêts plus larges de la RP.

4.2. L'organisation des séances de rééducation périnéale

4.2.1. Modalités de prescription

Nous constatons, dans un premier temps, que les séances de rééducation périnéale ont été prescrites, en majorité (51,1 % de la totalité des femmes) systématiquement lors de la sortie de la maternité par les professionnels de santé.

Nous avons séparé notre population suivant la date de leur dernière RP (avant/après 2016). Indépendamment de notre volonté, les échantillons sont très proches statistiquement. Nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative dans notre échantillon concernant les modalités de prescription suite aux nouvelles recommandations.

Pourtant, d'après le CNGOF [15] la rééducation périnéale n'est plus recommandée systématiquement si ce n'est pour traiter une incontinence, quel qu'en soit le type, persistante à 3 mois du post-partum. Dans notre population, seulement 3,4 % des femmes se sont vues prescrire des séances 3 mois après leur accouchement sur symptomatologie.

Un grand nombre de praticiens n'a pas encore fait évoluer sa pratique. Une étude réalisée en 2017 par G. Martineau [14] dans les départements de Loire Atlantique et Vendée a montré que près de 62 % des praticiens interrogés prescrivent encore systématiquement des séances de rééducation périnéale et que près de 70 % des praticiens estiment que la rééducation doit être systématique pour la nullipare comme pour la multipare.

Mais l'expérience professionnelle de la RP pour les sages-femmes ou la prise en charge gynécologique des problèmes d'IUE peut-elle influencer la pratique et avis sur le sujet ? Les recommandations sont des aides à la prise en charge, à la décision que le praticien adapte de façon individuelle à chacun de ses patients. Néanmoins il existe un certain nombre de freins ou barrières à la mise en pratique d'une recommandation : qualité, accessibilité, résistance de principe à l'information. Il convient cependant de s'interroger sur l'efficacité des soins et pour chaque professionnel de s'interroger sur ses prescriptions.

4.2.2. Délivrance de l'information

Concernant l'information délivrée lors de la prescription, 73.2 % des femmes déclaraient avoir reçu des explications sur la rééducation, son intérêt par le prescripteur, ce qui est convenable.

Le moment de la délivrance de l'information est significativement différent suivant la modalité de prescription des séances. Nous avons remarqué que les femmes déclaraient ne pas avoir reçu les explications nécessaires principalement à la sortie de la maternité (61.2 % NON vs 47.2 % OUI). Un biais de mémoire est à prendre en compte car le séjour en suites de couches est une période où la maman est fatiguée et très sollicitée, elle reçoit beaucoup d'informations simultanément et souvent peu sont retenues.

L'information n'est pas la même non plus suivant le moment de la prescription. Nous pouvons penser que les professionnels de santé ayant une ordonnance déjà faite à leur disposition ne donnent pas d'explications détaillées sur la RP, alors qu'à distance de l'accouchement les informations préventives sont plus nombreuses ou la question de l'IUE est abordée dans l'interrogatoire de manière systématique lors de la consultation. La patiente reçoit ainsi des explications plus complètes sur les causes des troubles, la (ou les) méthode(s) de rééducation proposée(s) et les différents intérêts qu'elle(s) présente(nt) pour elle. Malheureusement nous n'avons pas abordé les modalités de délivrance de l'information, mais nous pouvons supposer que l'information s'est faite majoritairement par voie orale. Cependant il est possible que certaines femmes aient aussi reçu des documents lors de leur séjour en suites de couches ou plus tard.

Il est important que les informations soient communiquées le plus clairement possible afin que la femme puisse faire un choix éclairé et partagé. Nous pouvons penser que l'utilisation de dessins, schémas, photos, accessoires... soit utile pour une meilleure compréhension.

De plus, la compliance, l'observance voire l'adhésion thérapeutique sont influencées par de nombreux déterminants, tels que le sentiment d'efficacité personnelle d'un patient, sa connaissance et compréhension des risques de la pathologie, ses attentes et les bénéfices face à un traitement [18].

Outre les informations sur la RP, les sages-femmes ont un rôle primordial dans la prévention auprès des femmes. Nous savons qu'après l'accouchement, « l'utérus en encore lourd, [...] les ligaments se sont étirés [...], le périnée est très distendu » confie B. de Gasquet [19]. Les femmes sont de plus en plus rapidement mobilisées et autonomes que ce soit suite à une voie basse ou une césarienne. Il est donc important dès la maternité et la sortie de les informer et leur apprendre à se protéger des pressions vers le bas, à lutter contre la constipation... et d'intégrer le périnée dans tous les gestes du quotidien.

4.2.3. Avec qui et pourquoi avoir fait ces séances ?

Dans notre échantillon, 82 % des femmes ont fait leurs séances de rééducation périnéale avec une sage-femme, 18 % avec un kinésithérapeute. Ceci correspond aux chiffres de l'ONPS qui dit qu'actuellement la rééducation est faite par une sage-femme pour le trois-quarts des femmes dans le post-partum. Nous ne pouvons pas dire qu'un praticien est plus qualifié que l'autre mais nous pouvons nous demander si la SF n'est pas un interlocuteur privilégié plus à même de répondre, notamment, aux questions spécifiques de la maternité si besoin.

De plus, 60 % des femmes déclarent avoir déjà consulté et donc connaître ce professionnel avant de débiter la rééducation du périnée.

Le fait de connaître son praticien avant la rééducation peut être un avantage pour la femme afin qu'elle se confie. Il faut noter l'importance d'un climat de confiance pour évoquer certains sujets, la coopération patiente-thérapeute est nécessaire surtout dans une rééducation aussi intimiste que celle du périnée. « On est un référent, elles aiment bien avoir quelqu'un qu'elles connaissent bien, elles peuvent poser des questions » nous précise une sage-femme libérale.

Parmi les raisons que les femmes ont évoquées concernant leurs motifs pour avoir fait de la RP, nous retrouvons en grande majorité (343 femmes soit 78 %) le côté préventif contre les futurs symptômes d'incontinence. Or le CNGOF ne recommande pas la RP chez les femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme [15]. Il y a donc de fausses idées très ancrées dans les mentalités ou un manque d'information assez claire aux femmes par les praticiens concernant les modalités de la rééducation périnéale. Nous pouvons citer des propos de femmes : « Important pour éviter fuites urinaires », « Rôle dans les fuites urinaires, prolapsus des organes, constipation, sensation d'"air" vaginal ». De plus, dans les autres problématiques sur lesquelles les femmes ont échangé lors de leurs séances de RP, près de 26 % ont abordé les problèmes d'incontinence qui peuvent survenir plus tard avec leurs praticiens ce qui prouvent l'attachement pour ce sujet.

Car si l'IU est un sujet tabou qu'il est parfois difficile d'aborder, il existe de plus en plus d'émissions, articles, publicités... sur le sujet.

Les sages-femmes ont donc un rôle éducatif à jouer pour favoriser une meilleure transmission et compréhension des informations et modifier certaines idées reçues qui peuvent être transmises notamment par l'entourage plus ou moins proche de la femme. 112 femmes, soit 25.5 % ont fait de la RP suite aux conseils de l'entourage et 11.8 % suite aux discussions avec les professionnels.

19.5 % des femmes ont fait de la rééducation en systématique à la suite de leurs accouchements et seulement 26 % des femmes ont fait la rééducation car elles avaient des symptômes (incontinence urinaire à l'effort ou au repos, incontinence anale, douleurs...). Il faut donc bien rappeler que la rééducation est associée à une prévalence moindre des symptômes à court terme mais non à long terme.

Après le côté préventif, cela permet pour 37.5 % des femmes de retrouver des sensations, du tonus au niveau du périnée, ce qui est un des autres objectifs de la RP que nous aborderons ultérieurement. « J'ai appris à le contracter dans la vie quotidienne pour ne pas l'abîmer ».

4.2.4. Début des séances de rééducation périnéale

Nous remarquons que la majorité des femmes (71 %) a débuté les séances de RP après la visite post-natale, soit vers 6-8 semaines PP.

En effet, d'après le CNGOF la rééducation périnéale précoce (dans les deux mois suivant l'accouchement) n'est pas recommandée (grade C) [15].

Il est conseillé aux femmes d'attendre le retour de couches, qui signe le retour à l'équilibre œstro-progestatif et donc la récupération spontanée du tonus musculaire pour commencer la rééducation focalisée sur le périnée. Cela permet aussi d'optimiser son efficacité. Cette condition n'étant pas un frein pour les praticiens, ceci est très rarement fait en pratique. Nous avons remarqué que seulement 12.8 % des femmes ont fait leurs séances après le retour de couches. Cependant il nous est difficile d'interpréter ce résultat car nous n'avons pas intégré le paramètre de l'allaitement dans notre questionnaire et nous savons que les femmes allaitantes ont un retour de couches plus tardif.

Cependant, quelques séances avant le sevrage de l'allaitement peuvent permettre aux mères d'identifier les bonnes sensations et de protéger leur périnée lors des efforts. Puis si le praticien estime qu'il n'est pas possible de gagner en force musculaire à ce stade, les séances restantes pourront être reportées après le sevrage [20].

Suite aux recommandations du CNGOF [15], il est étonnant que près de 11 % des femmes de notre échantillon aient commencé leur rééducation rapidement après l'accouchement.

Certaines femmes nous ont aussi dit avoir commencé seule la rééducation par des fausses inspirations ou des exercices de prévention des poussées.

Il semble, au travers de ces résultats, que les séances prescrites sont réalisées trop précocement après l'accouchement, souvent pour des raisons pratiques ou car cela s'intègre dans la normalité du parcours post-accouchement.

Fréquemment, les sages-femmes planifient avec les patientes les différentes séances de RP afin que celles-ci soient terminées avant la reprise du travail.

Nos résultats sont discutables car la reprise du travail n'est pas la même selon la parité (variation de la longueur du congé maternité) ainsi que si l'on prend un congé parental. 24.8 % des femmes ont dit avoir fait leur rééducation avant la reprise du travail et seulement 3.8 % des femmes après la reprise du travail, nous pouvons penser qu'une fois le congé terminé la femme est moins disponible.

De plus, si la rééducation du périnée est faite à 3 mois post-partum sur symptomatologie, la femme aura le choix entre une sage-femme et un kinésithérapeute qui ne pourra pas forcément répondre aux autres sujets abordés par la patiente concernant par exemple les soins et l'alimentation du nouveau-né ou la reprise de la sexualité.

4.2.5. Nombre et durée des séances/ Pourquoi ne pas avoir fait toutes les séances ?

Le nombre de séances proposées doit tenir compte de l'importance du tableau clinique et des différentes dominantes à traiter. Le CNGOF recommande au moins 3 séances de rééducation guidées par un thérapeute, associées à des exercices réalisés à domicile [15]. Celles-ci peuvent être prolongées en cas d'amélioration insuffisante de la pathologie à traiter.

Dans notre échantillon, 43 % des femmes ont fait 10 séances, soit toutes les séances qui sont prescrites sur la majorité des ordonnances quand le nombre de celles-ci est précisé. Seulement 6.1 % des femmes ont fait moins de 5 séances.

Selon l'ANAES, si l'amélioration est jugée satisfaisante et suffisante pour le praticien et la patiente, la rééducation peut être arrêtée [9]. En revanche si aucun progrès clinique n'est noté à l'issue de quelques séances, il convient de s'interroger sur la légitimité de la poursuite de la celle-ci.

D'après la littérature, le suivi et l'auto-prise en charge de la patiente dans le temps sont primordiaux [21,22,23].

Parmi les raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas fait toutes les séances de RP, ce qui concernait donc 179 femmes de notre échantillon, le praticien jugeait qu'elles n'en avaient plus besoin pour 69.3 % des femmes. « On fait souvent 5-6 séances en moyenne jamais les 10, on s'arrête à ce qui suffit on n'est pas là pour engranger les consultations » nous dit une SF.

Pour 22.9 % des femmes, c'était une question de manque de temps ou d'organisation compliquée. Des arguments comme la pudeur, le rapport à la nudité ou l'inconfort des séances n'ont pas été soulevés comme difficultés entraînant l'arrêt des séances.

Concernant la durée d'une séance de rééducation du périnée, la Sécurité Sociale mentionne qu'une séance est de l'ordre de 30 min, que celle-ci doit être adaptée selon le type de rééducation envisagé et qu'au cours de la séance, la sage-femme se consacre exclusivement à sa patiente. Près de 60 % des femmes de notre étude ont eu des séances qui respectaient ce temps.

4.2.6. Méthodes de rééducation périnéale

Il existe de nombreuses méthodes de rééducation périnéale. Beaucoup de thérapeutes ne pratiquent qu'une seule ou deux de ces méthodes suivant leurs formations, leur attrait ce qui ne permet pas toujours aux patientes de choisir.

La méthode par sonde endo-vaginale comprend deux types d'exercices : l'électrostimulation et le biofeedback.

L'électrostimulation permet à la femme de ressentir la contraction provoquée par le courant électrique de la sonde qui stimule les fibres nerveuses périphériques, mais celle-ci n'a pas d'efforts à fournir contrairement au biofeedback où la femme apprend à contracter et relâcher les muscles périnéaux autour de la sonde. Il y a ainsi une réelle prise de conscience de cette fonction physiologique par un rétrocontrôle visuel ou sonore.

Le biofeedback ou l'électrostimulation isolés ne sont pas recommandés (grade C) [24]. Or près de 18 % des femmes de notre échantillon ont fait l'une ou l'autre méthode séparément, ce qui est sûrement dû à la pratique du thérapeute.

On retrouve également la méthode manuelle, où lors d'un toucher vaginal, la femme contracte le périnée en réponse à des pressions exercées par le praticien, et la CMP qui est une méthode éducative de rééducation proposant une prise en charge dans une visée d'autonomie de la personne.

Dans notre échantillon, 121 femmes soit 27.5 %, ont fait ces deux méthodes couplées. Cette nette différence avec les autres méthodes peut se comprendre par le fait qu'aujourd'hui les femmes sont davantage à la recherche de soins moins médicalisés, plus naturels, ce qui peut expliquer que de nombreux praticiens ont un attrait pour ces méthodes dans une optique de s'adapter aux volontés des femmes.

Les exercices musculaires du plancher pelvien sont plus efficaces que l'absence de traitement dans l'IU de la femme (NP1) [11,25] ainsi que lorsqu'ils sont associés au biofeedback (Grade C) [26]. Ceux-ci sont plus aussi plus efficaces pour améliorer la force musculaire que l'électrostimulation fonctionnelle (Grade C) [9].

Avant 2001, la cotation des actes favorisait la rééducation par électrostimulation par rapport à la rééducation manuelle, son tarif étant supérieur. Actuellement, la cotation est identique quelle que soit la méthode.

D'après la littérature et de nombreuses études, l'efficacité supérieure d'une méthode par rapport à une autre n'a pas été démontrée [21, 27, 28, 29, 30, 31]. Ces études n'ont cependant pas travaillé sur les méthodes telles que la CMP, l'eutonie...

Pour plusieurs indications, l'ANAES de 2003 [24], recommande tout de même d'associer les méthodes pour une meilleure efficacité, ce qui semble supérieur à l'utilisation d'une technique isolée. Près de 59 % des femmes de notre étude ont bénéficié de techniques de rééducation périnéale « combinées » ce qui est en accord avec les recommandations de bonnes pratiques citées ci-dessus.

La meilleure technique de rééducation reste celle qui convient à la patiente après une information éclairée.

En effet, dans notre tableau où nous demandions l'avis des femmes concernant la RP et si les séances étaient différentes de ce à quoi elles s'attendaient, plusieurs ont parlé des méthodes de rééducation qu'elles avaient plus ou moins appréciées. « Seule avec ma sonde devant un écran. Vraiment un très mauvais souvenir », « Tout dépendait de la méthode utilisée, méthode manuelle très efficace, surprise d'une progression si rapide », « La première rééducation avait été avec sonde. Très désagréable. La seconde beaucoup plus à l'écoute. », « Sceptique au début sur l'efficacité des images mentales sur moi, et finalement conquise ! ». Le fait que la méthode de RP ne convienne pas était un motif d'arrêt des séances pour certaines femmes de notre échantillon.

Nous pouvons nous demander si les patientes interrogent les SF sur les méthodes de RP appliquées avant de prendre rendez-vous et si la SF praticienne explique au cours de la première séance en quoi consiste la méthode et ainsi recherche l'adhésion de la patiente.

Le vécu de la RP peut jouer sur l'observance et l'efficacité dans leur globalité des séances. De plus, l'aspect relationnel peut ne pas être le même suivant la méthode utilisée, certaines méthodes de rééducation requérant une entière disponibilité du praticien pendant toute la séance [32]. Cependant, le contact relationnel avec la femme ne doit pas être limité si la SF instaure un climat de confiance basé sur une bonne communication.

4.3. Education périnéale

Le périnée, ou *perineo* vient du grec et signifie « autour du temple ». Dans certaines civilisations, le périnée fait partie d'une série d'habitudes transmises par la mère aux petites filles. Dans notre culture, au contraire, il reste totalement ignoré, exclu de tout geste éducatif. Il est souvent considéré comme tabou, sale de se toucher, de s'explorer, comme si la simple évocation de cette partie du corps renvoyait à la sexualité et non à des rôles essentiels à l'équilibre.

Cependant l'émancipation féminine, acquise en partie depuis quelques années, a permis l'évolution positive des informations autour de cette partie précieuse du corps humain dont on ignore souvent les fonctions fondamentales [33,34].

Dans leur livre sur la rééducation périnéale en 1998, Grosse et Sengler parlent de l'ignorance des femmes sur l'existence du périnée [35].

Une enquête réalisée en 2005 auprès de 154 femmes nullipares s'est intéressée à leurs connaissances sur le périnée [36]. Seulement 14 % d'entre elles ont une vision précise du périnée et près de 50 % ne le visualisent pas du tout, n'osant pas le regarder. L'énumération des trois orifices du périnée d'avant en arrière est correcte pour 39 % des femmes. 60 % connaissent le rôle de soutien du périnée et 75 % ont conscience des risques périnéaux que l'accouchement peut entraîner. Chez 20 % d'entre elles, le mot est « tabou » en raison du caractère intime et sexuel.

Il peut y avoir un intérêt à avoir dans les salles d'attente des affiches ou des dépliants sur le périnée, les problèmes d'incontinence... L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a d'ailleurs lancé en Mars 2017 une campagne de sensibilisation nationale sur la RP et d'informations sur le périnée [Annexe].

Cependant les chiffres de l'enquête sont différents de ceux retrouvés dans notre étude réalisée auprès de femmes ayant déjà fait de la RP et non de nullipares. Dans notre échantillon, 67 % des femmes ont déclaré avoir déjà eu des informations sur le périnée, son anatomie et ses fonctions avant les séances de RP alors que 33 % déclaraient n'en avoir jamais eu. Sur ces 33 %, soit 147 femmes, 92 femmes sont multipares et 55 primipares.

Nous nous sommes alors demandés à quelles occasions ces femmes ont eu ces informations.

Nous pouvons voir qu'un grand nombre des moments d'informations autour du périnée touche la femme lors de sa maternité.

La quasi majorité des femmes soit près de 41 % des femmes de notre enquête a déclaré avoir appris des choses sur le périnée notamment lors des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

Les séances de PNP sont des moments privilégiés entre la sage-femme et la future mère. En plus d'apporter des connaissances, cela permet d'établir une relation de confiance grâce à l'écoute, au recueil des émotions, à l'information et à la délivrance de conseils, tout au long de la grossesse et après.

La sage-femme planifie individuellement avec la femme les différentes séances en fonction de ce qu'elle propose, de la parité, des aspirations des femmes, des besoins de prévention et d'éducation de chacune... Elle adapte dans la mesure du possible son contenu à chaque femme ou couple.

Selon l'enquête périnatale de 2016, le taux de participation de femmes primipares aux séances est passé de 74 % en 2010 à 77.9 % en 2016 et de 28.6 % à 33.8 % pour les femmes multipares [37].

Les multipares qui ont déjà fait de la PNP lors d'une précédente grossesse sont souvent plus intéressées par les activités telles que le yoga, la sophrologie, la piscine... mais ne refont pas les séances théoriques qui peuvent être l'occasion pour la sage-femme d'aborder le périnée à travers les explications sur les massages périnéaux (cela permet une auto-exploration de son corps par la femme, elle apprend à mieux se connaître et à visualiser son périnée positivement), la poussée à l'accouchement etc...

Mais peut-on considérer ces multipares comme entièrement averties sur ce sujet ?

Une sage-femme libérale nous a confié « il est difficile de faire beaucoup d'éducation périnéale lors des séances de PNP, les dames sont focalisées sur leur bébé et l'accouchement, à la limite elle se pose la question de savoir comment se passe la RP mais ça ne va jamais plus loin, je ne m'attarde pas et reprend plutôt ce sujet en PP lors des séances de rééducation ».

81 femmes soit 18.4 % ont coché parmi leurs réponses qu'elles avaient eu des informations sur le périnée, lors de leur(s) rééducation(s) précédente(s). Nous pouvons nous demander si c'est une occasion plus opportune pour faire de l'éducation autour du périnée. Nous sommes au cœur du sujet, les sages-femmes peuvent argumenter leurs propos en montrant directement à la femme ou à l'aide du toucher vaginal pour la familiariser avec l'existence des différents muscles, les sensations... « C'est en faisant les exercices en RP que les femmes comprennent où se situent les choses, on s'aperçoit que les femmes ne connaissent pas grand-chose ».

L'éducation périnéale doit comporter des informations sur l'anatomie et la physiologie du périnée mais c'est aussi l'occasion de faire de la prévention en insistant sur l'importance des gestes au quotidien, l'apprentissage du verrouillage périnéal... en pré, per et post-partum.

Nous pouvons penser qu'il y a une meilleure mémorisation des informations lors des consultations (11.8 % des femmes ont appris des choses à cette occasion, mais n'y a-t-il pas un manque de disponibilité des professionnels ?), lors de la PNP ou lors de la RP, contrairement aux conseils donnés en suites de couches (5.2 % des femmes) ou lors de la sortie de la maternité et du Prado¹ (5.9 %) qui sont peu retenus, la femme étant fatiguée et moins disponible.

¹ Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

Une femme qui a des connaissances sur sa physiologie et son anatomie sera plus apte à comprendre le fonctionnement d'une pathologie... Avisée, elle sera donc plus à l'écoute de son corps et repèrera ce qui est anormal et cette compréhension du périnée permettra une meilleure appropriation au moment de l'accouchement mais également dans leur vie de couple.

Il nous est difficile de dire s'il y a un moment privilégié pour parler du périnée, mais que ce soit lors de consultations clefs (1^{ère} contraception, grossesse, RP...) où le corps est plus facilement abordable ou lors de n'importe quelle autre consultation, il faut profiter de chaque occasion où l'on peut toucher la femme pour faire de l'information et de la prévention.

L'éducation périnéale est souvent réalisée à l'occasion de la grossesse et maternité, moment où on voit le plus les femmes mais rarement avant.

Plus large que l'éducation du périnée, les sages-femmes ont un rôle d'éducation pour la santé.

46.1 % des femmes ont déclaré avoir appris des choses sur le périnée, son rôle... qui n'étaient pas connues avant les séances de RP et pour 92.5 % ces séances leur ont permis de prendre conscience et ressentir les différents muscles du périnée « De ressentir la dissociation de chaque muscle composant le périnée ». Nous avons par la suite comparé ces deux paramètres selon la parité. Il n'y a pas de différence significative entre les primipares et les multipares. Cependant nous avons pu retirer 4 grands thèmes de ce que les femmes avaient retenu de nouveau lors des séances de RP.

Nous retrouvons notamment un apprentissage sur l'anatomie du périnée et savoir le situer : « M'a permis de mieux "visualiser" son emplacement - j'ai mieux compris l'étendue de son rôle en comprenant sa position », ou encore sur ses fonctions : « Je ne connaissais pas du tout le rôle du périnée, ça m'a permis d'en savoir plus sur sa fonction ».

60.5 % de notre échantillon a continué les exercices à la maison après les séances ce qui est correct car souvent les femmes connaissent l'importance de poursuivre les exercices mais leur assiduité est faible. Pourtant, selon les recommandations de Février 2010 de la société française d'urologie, le maintien de bons résultats dépend en grande partie du travail personnel des femmes. D'où l'importance d'une approche éducative et préventive des SF auprès des femmes.

De façon plus large, l'axe éducatif fait partie des 5 axes de la Charte d'Ottawa dans un projet global de promotion de la santé [38]. Selon F. Castillo (1987) le travail éducatif « ne doit pas se limiter à une simple transmission de connaissances. Il doit développer une vision plus critique de la réalité et stimuler des comportements plus efficaces dans la prévention des problèmes de santé ». Il faut contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de chacun, ce qui constitue un véritable enjeu de santé publique.

Depuis la rentrée 2018, les étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé effectuent un service sanitaire et sont accueillis dans différentes structures. Ceci leur permet notamment de participer à la prévention auprès des élèves.

Nous avons eu l'opportunité, dans le cadre de nos études, d'expérimenter dans des lycées de la région Nantaise des temps d'éducation à la vie affective et sexuelle, ce qui nous a permis de nous rendre compte du manque d'accessibilité à ces informations pour certains.

La question de la promotion de la santé doit être appréhendée dans une approche globale de l'hygiène et du bien-être, incluant la prévention, dans tous les milieux, tout au long de la vie et ce dès le milieu scolaire.

4.4. Intérêts plus larges des séances de rééducation périnéale

4.4.1. Autres intérêts des séances de rééducation périnéale

La majorité des femmes de notre échantillon soit 62.9 % ont déclaré, au cours des séances de RP avoir pu retrouver leur statut de femme, reprendre possession d'elles.

En effet, la grossesse entraîne un changement progressif du corps puis l'accouchement impose un bouleversement brutal. Les empreintes de ces événements peuvent entraver l'image du corps de la femme. Elle peut se sentir moins désirable, moins féminine et dépossédée voire « ouverte » suite au passage d'un bébé par les voies génitales. Les séances de RP sont donc un temps de « refermeture », de réappropriation de soi.

Le kinésithérapeute R. Leclerc évoque la difficulté de retrouver un corps de femme quand on devient mère. « Ce n'est pas évident, il faut réinvestir ce ventre vide et mou, reprendre possession de son corps » [33]. A travers la rééducation du périnée, la femme « se réconcilie » avec son corps, sa zone génitale, son périnée.

De plus, la femme, suite à l'accouchement, change de rôle et arbore une nouvelle identité : celle de mère. Il peut lui arriver de renoncer à son statut antérieur de femme, de partenaire sexuelle, pour assumer ce nouveau rôle.

La sage-femme peut l'aider à reprendre confiance en elle et à retrouver ses repères corporels. 23.1 % des femmes ont pu s'exprimer sur leurs sensations corporelles ou la façon dont elles vivaient certaines difficultés liées à leur périnée, notamment si elles ont des déchirures ou épisiotomies.

12.3 % des femmes ont trouvé dans les séances de RP un moment privilégié pour elles. Venir une ou deux fois par semaine en consultation, en respectant un horaire, contribue à restructurer le quotidien. Une sage-femme nous disait : « Ça les fait sortir de venir, elles sont souvent enfermées toute la journée, ça les oblige à sortir [...] Vous pouvez venir avec votre enfant ! Non, 1/2 h où je suis toute seule ça me fait du bien, le papa prend le relai, c'est une bonne excuse pour s'échapper et être seule, bol d'air [...], les femmes seules s'accrochent à la RP ».

Pour 13 % des femmes, ce fut l'occasion de discuter de choses dont elles n'osent pas toujours parler. Nous savons notamment que les troubles urinaires ont un poids tant sur le plan social qu'individuel. Les différentes études qui se sont intéressées à l'impact de l'IU sur la qualité de vie des femmes rapportent toutes un fort effet négatif de l'IU sur la vie sociale et professionnelle ainsi que sur le bien-être physique et psychologique [39].

De plus, dans une enquête transversale réalisée sur la prévalence de l'incontinence urinaire, les auteurs ont conclu que l'incontinence urinaire est sous-évaluée en France, car les femmes n'osent, entre autre, pas en parler avec leurs médecins [40].

Mais ces discussions ne touchent pas que l'IU, nous pouvons retrouver des propos sur des incontinenances anales, prolapsus, bruits vaginaux... ou des problèmes non symptomatiques tels que la sexualité. Il faut donc une réelle confiance et alliance thérapeutique avec le praticien pour pouvoir se livrer.

Nous allons à présent aborder les autres problématiques sur lesquelles les femmes ont pu échanger lors des séances de RP. Nous n'allons pas les reprendre individuellement mais tenter de les regrouper suivant les thématiques qui sont le plus ressorties.

4.4.2. Vécu de l'accouchement

Pour la majorité des femmes, soit environ 40.9 % de notre échantillon les séances de RP ont été une opportunité de réaborder avec la sage-femme leur accouchement et notamment les différents vécus.

Nous sommes à distance de l'accouchement, la femme récupère de la fatigue et commence à trouver ou retrouver ses marques en tant que mère. Elle a pu cheminer sur le déroulement de sa grossesse, du travail, de son accouchement qu'elle avait tant de fois imaginé. Certaines éprouvent donc parfois le besoin de revenir avec la sage-femme sur une situation, comprendre un geste, une parole, une décision... ou tout simplement raconter de nouveau cette expérience de donner la vie.

Nous ne nous sommes pas interrogés sur le côté positif ou négatif du discours des femmes aux praticiens mais il nous semblait important de rappeler le rôle important d'écoute et d'informations de la sage-femme dans ces moments-là.

Nous pouvons faire un parallèle avec la situation actuelle de polémique autour du concept de « violences obstétricales ». D'après le CIANE, « malgré les progrès accomplis ces dernières années par les professionnels de santé pour développer des pratiques plus respectueuses de la diversité des attentes des femmes, le débat public vient rappeler qu'il reste encore du chemin à parcourir » [41]. Le manque d'explications, la non recherche du consentement, l'absence de prise en compte de la douleur, la brutalité des gestes, la non prise en compte de la gêne de la patiente... peuvent transformer un acte technique en violence obstétricale et altérer la santé physique et psychique des femmes. Cela peut entraîner des conséquences pouvant aller jusqu'au stress post-traumatique après un accouchement. Une méta-analyse de Fenech et Thomson parue en 2014 [42, 41] souligne qu'il peut y avoir par la suite un renoncement aux soins, une vie sexuelle peu épanouie, une perte d'estime et de confiance en soi, un sentiment de culpabilité...

De plus, un état des lieux publié en 2015 [43, 41] souligne entre autre que le choix, l'information et l'implication des patientes dans les décisions sont potentiellement protecteurs contre les accouchements traumatiques.

La libération de paroles permise en post-partum par l'intermédiaire de la RP est donc une chance pour les femmes. Les sages-femmes doivent se saisir de cette occasion pour reprendre les évènements, leurs histoires avec les femmes, recréer du lien et développer des moyens de communication adaptés aux besoins spécifiques. Une des mamans nous confiait à propos de la RP : « L'occasion d'avoir une discussion avec un adulte, de sortir la tête de l'eau, et la possibilité de verbaliser de façon informelle sur l'accouchement [...] » et une sage-femme libérale nous disait : « Ça permet aux dames de digérer leurs accouchements avant d'en reparler, on reparle des techniques qu'elles ont mal interprétées, réexplication pour digérer et passer à autre chose. [...] Quand on fait les violences obstétricales on ne s'en rend pas compte quand on les subit c'est autre chose ».

4.4.3. Alimentation maternelle ou alimentation du bébé / Maternage

32 % des femmes ont échangé sur l'alimentation du bébé et 13.6 % sur le maternage, les soins du bébé (cordon, problèmes de peau, sommeil, sorties...).

La sage-femme est un interlocuteur privilégié, certainement le plus à même pour aborder ces différents sujets qu'elle maîtrise et encourager les femmes dans leurs pratiques. Celles-ci sont souvent incertaines au début et peuvent peiner à se faire confiance. Ces mamans ne savent pas toujours vers qui se tourner ou n'osent pas même si des prises en charge en post-partum se développent telles que le Prado. Beaucoup de problèmes peuvent être résolus grâce à une information pertinente et un soutien professionnel. Les femmes nous ont confirmé cet aspect : « Toujours sécurisant de retrouver régulièrement un professionnel de la santé à distance de l'accouchement », « L'occasion d'avoir une discussion [...] sur les difficultés des premiers mois, d'être écoutée et confortée dans mon rôle de maman ».

4.4.4. Reprise du sport / Perte de poids

La reprise d'une activité sportive a été abordée par 37.5 % des femmes et la perte de poids par 11 %. C'est un sujet cité à plusieurs reprises dans notre questionnaire. En effet, certaines femmes voyaient les séances de RP comme un passage obligé pour reprendre le sport comme s'il leur fallait l'approbation du professionnel. La sage-femme a un rôle d'information sur le fait qu'en l'absence de contre-indications médicales, la reprise de l'activité physique est possible et qu'aucune complication maternelle n'a été associée à la reprise d'un entraînement sportif adapté et progressif [44]. Selon le CNGOF, il n'y a pas d'élément dans la littérature pour conseiller ou déconseiller la reprise d'une activité sportive qu'une rééducation du périnée soit prescrite ou non.

4.4.5. Sexualité / Douleurs et cicatrisation / Relation de couple

Environ 140 femmes, soit 31.8 % des femmes de notre échantillon, ont pu aborder avec le praticien la reprise des rapports sexuels.

Au commencement des séances de RP, un certain nombre de femmes n'ont pas encore repris une sexualité. « Souvent elles attendent le feu vert du professionnel, elles prennent ça comme une excuse car elles ne sont pas prêtes donc demandent l'avis, elles veulent savoir si médicalement c'est possible. C'est un peu une caution médicale à la reprise des RS » nous confie une sage-femme libérale. La sage-femme a donc un rôle initial pour rassurer la patiente quant à la reprise de sa vie sexuelle.

Une étude de K. Von Sydow [45] démontre que l'entente sexuelle des couples diminue d'une façon marquée après la naissance de leur enfant. Pour la majorité des couples, la sexualité après l'accouchement est problématique. En effet, seulement 14 % des femmes et 12 % des hommes ont reporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement. Cette étude a mis en valeur que 40 à 64 % des femmes et 19 à 64 % des hommes redoutent la reprise de la sexualité.

Les femmes racontent souvent la peur des douleurs suite à l'accouchement, aux éventuelles déchirures ou épisiotomie. Environ 26.1 % des femmes de notre enquête ont pu évoquer la cicatrisation et 21.6 % les douleurs quelconques avec les professionnels. La RP peut permettre de travailler sur la cicatrice quand elle est un peu sclérosante, notamment par des massages.

Les derniers chiffres disponibles font état de 52.1 % de déchirures périnéales et 20.1 % d'épisiotomies lors des accouchements par voie basse en 2016 [37]. Selon l'INPES, la prévalence de douleurs périnéales à 2 mois du PP est de plus de 20 % et d'environ 10 % après 12 mois [46]. Nous retrouvons les mêmes chiffres pour la dyspareunie.

De plus, le climat hormonal du post-partum, pauvre en œstrogènes est responsable d'une diminution de la lubrification vaginale et d'une modification de la trophicité des tissus.

Tous ces facteurs peuvent être dédramatisés par la sage-femme qui apporte des conseils et des informations en fonction de la demande et du besoin de la femme.

On sait notamment que la dyspareunie est fréquente comme symptôme du post-partum. Les études épidémiologiques décrivent 41 à 53 % de dyspareunies à 2 mois post-partum, ces taux n'évoluent quasiment pas dans le temps car 49 % des femmes signalent encore ces troubles un an après la naissance de leur enfant [47,48].

L'étude de Berthet [48] réalisée au cours de la visite postnatale 8 semaines après l'accouchement, montre que 16 % des femmes signalaient des difficultés antérieures à la grossesse. Cette dernière et l'accouchement révéleraient donc 25 % de cas nouveaux de dyspareunies.

Il faut permettre aux femmes de s'approprier ou se réapproprier cette partie du corps qui a eu une fonction autre que sexuelle lors de l'accouchement.

De plus, le rôle de conjoints est absorbé par le rôle de parents. Il y a une mutation des fonctions au sein de la famille, il faut rechercher une nouvelle stabilité qui peut passer par des bouleversements profonds du couple. Certaines femmes ont besoin de se confier, de se sentir rassurées dans cette étape, la sage-femme peut donc porter une oreille attentive aux différents récits.

4.4.6. Dépression post-natale

Même si le sujet autour de la dépression post-natale ne semble pas avoir été une thématique d'échange retenue par les femmes lors des séances de RP, il nous a paru important de l'aborder.

Les fluctuations hormonales pendant la grossesse et après la naissance sont tout à fait normales. Mais notamment d'après les données de l'INPES [49,50], 10 à 15 % des mères souffrent de dépression post-partum après l'arrivée de son bébé.

En discutant avec des sages-femmes libérales, elles ont tenu à nous rappeler l'importance pour elles de la rééducation du périnée pour dépister les dépressions post-natales. « Le fait de la régularité, de les voir toutes les semaines [...], on peut les voir s'effondrer, on sait quand ça ne va pas, on peut aller au-devant »

D'après la HAS [51], le nombre de femmes qui développent une dépression post-natale n'est pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (NP1). En revanche, des interventions intensives (suivi post-natal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations,) proposées exclusivement en post-natal et prodiguées par des infirmières et des sages-femmes ont un effet préventif démontré sur la dépression postnatale (NP1).

La sage-femme apporte entre autre à la femme un soutien psychologique ainsi que des conseils lors d'une période difficile qu'est le post-partum.

V - Conclusion

La problématique liée aux troubles périnéaux constitue un réel enjeu en matière de santé publique.

La grossesse et le postpartum sont des périodes de la vie d'une femme au cours desquelles peuvent apparaître ces troubles.

Bien entourées à la maternité, puis lors du Prado pour certaines, le seul contact obligatoire que les femmes auront par la suite avec un professionnel de santé est dans les 6 à 8 semaines du post-partum lors de la consultation post-natale.

La rééducation périnéale peut permettre aux sages-femmes de continuer à assurer leur rôle essentiel dans la continuité des soins en proposant un suivi rapproché dans une période d'adaptation et de bouleversements physiques et psychiques.

L'intérêt du travail de rééducation est double car à la récupération purement musculaire s'ajoute la possibilité d'aborder précocement et tranquillement la réconciliation avec une zone génitale malmenée et d'aider la jeune accouchée à renouer avec son propre corps ainsi que d'ouvrir sur d'autres perspectives.

La rééducation du périnée ne doit pas être systématique, mais nous avons pu voir que ces séances sont l'occasion pour les femmes de combler un besoin, de s'exprimer sur d'autres problématiques et pour les SF d'aller au-delà de la rééducation en faisant de l'éducation périnéale. Cela permet véritablement de clore le chapitre de la grossesse.

Nous pouvons nous demander quel est le moment privilégié pour délivrer toutes ces informations. La RP a l'avantage d'avoir un côté moins médical et moins formel et les femmes se livrent plus facilement du fait de la régularité des séances.

Mais cet accompagnement postnatal nécessaire pourrait être d'avantage développé lors des soins à domicile (Prado ?) ou dans l'organisation, comme certaines SF le font, de séances postnatales d'accompagnement à la parentalité dans la continuité des séances de préparation à la naissance. De même, la VPN pourrait être revalorisée afin de pouvoir consacrer autant de temps à l'aspect clinique que relationnel voir même de créer un entretien post natal comme le préconise le rapport du HCE.

Nous avons pu confirmer le rôle essentiel des SF dans la promotion d'une approche éducative et préventive de santé auprès des femmes. Mais il serait intéressant de promouvoir la connaissance des femmes sur leur périnée tout au long de la vie génitale et non uniquement lors de la période du post-partum.

Bibliographie

- [1] KEGEL AH. Physiological treatment of poor tone and function of the genital muscles and urinary stress incontinence. *Western Journal Surgery*, 1948, 2 (5), p. 213-16.
- [2] KEGEL AH. Progressive resistance exercise in functional restoration of the perineal muscles. *American Journal and Obstetrics Gynecology*, 1958, 56, p. 546-50.
- [3] BOURCIER AP, JURAS JC. Physical therapy for female pelvic floor disorders. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 1994, Vol 6 – Issue 4 p. 305-93.
- [4] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les sages-femmes une profession en mutation [En ligne], Mai 2016, 242p., p. 109-28. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf (Consulté le 08/09/18)
- [5] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Analyse de trois professions: sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale [En ligne], 2004, Tome 3, 122p.
Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000455/0001.pdf> (Consulté le 08/09/18)
- [6] Journal Officiel de la République Française. Avis et communications [En ligne], Aout 2018, 56p., p. 16.
Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449105/document/avenant_4_sf_jo_10_08_2018.pdf (Consulté le 05/12/18)
- [7] BECO J, MOUCHEL J, NELISSEN G. *La périnéologie, comprendre un équilibre pelvien et le préserver*. GEP édition Odyssee, Verviers (Belgique), 1998.
- [8] ROY A. *On en parle de mon périnée ?*. Leduc.S, Mai 2018, 160p.
- [9] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Rééducation dans le cadre du post-partum. Recommandations professionnelles [En ligne], Décembre 2002, 78p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf (Consulté le 03/03/18)
- [10] HANNESTAD YS, RORTVEIT G, SANDVIK H, HUNSKAAR S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, Novembre 2000, Vol. 53, n° 11, p. 1150-57.

- [11] CNGOF. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique-Recommandations pour la pratique clinique [En ligne], Décembre 2009, p. 625-6. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2009%252FRPC_INCONTINENCE_2009.pdf&i=21953 (Consulté le 14/03/18)
- [12] HVIDMAN L, FOLDSPANG A, MOMMSEN S, NIELSEN J. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003.
- [13] Pratique de la rééducation périnéale postnatale [En ligne]. REVUE GENESIS. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/pratique-de-la-reeducation-perineale-postnatale/> (Consulté le 22/12/18)
- [14] MARTINEAU G. *Modalités de prescription de la rééducation périnéale du post-partum: les recommandations sont-elles appliquées en Loire-Atlantique et Vendée?* Mémoire Sage-femme. Université de Nantes, 2018, 81p.
- [15] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique: Post-Partum [En ligne], 2015, p.732-3. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=21930> (Consulté le 03/03/18)
- [16] DEFFIEUX X, VIEILLEFOSSE S, BILLECOCQ S, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Décembre 2015, Volume 4, n°10, p.1141-46.
- [17] Eclairage sur le RPC post-partum 2015 – Collège National des Sages-femmes de France [En ligne], Mai 2017. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/eclairage-rpc-post-partum-2015-reeducation-perineo-sphincterienne/> (Consulté le 09/09/18)
- [18] OGDEN J. *Psychologie de la santé*. Bruxelles : De Boeck s.a; 2008, 426 p.
- [19] GASQUET B. DA 47 : Rééducation périnéale et allaitement [En ligne], 2001. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1473-da-47-reeducation-perineale-et-allaitement> (Consulté le 19/10/18)
- [20] UVMaF. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens [En ligne], 2011, 27p. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/cours.pdf> (Consulté le 29/09/18)
- [21] GROSSE D, SENGLER J. Evaluation des techniques de rééducation périnéale. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 1996, vol 39, n°2, p 61 à 72.

[22] COTELLE O. *Guide pratique de rééducation uro-gynécologique*. 4^e édition Ellipses, 2005, 144p., p. 7 à 135.

[23] Bourcier A. La rééducation périnéale [En ligne], Février 2012. Disponible sur : <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/reeducation-perineale.html> (Consulté le 19/05/18)

[24] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Recommandations professionnelles [En ligne], Mai 2003, 123p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire1_2006_12_01__10_19_53_157.pdf (Consulté le 14/03/18)

[25] DUMOULI N C, HAY-SMITH J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence of women. *Cochrane Collaboration*, 2010.

[26] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique : bilan et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques [En ligne], Février 2000, 71p. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontin.pdf> (Consulté le 15/09/18)

[27] GROSSE D, SENGLER F, JURASCHECK F. La rééducation périnéale. *Annales de kinésithérapie*, 1988, Tome 15, n°7-8, p. 373-84.

[28] RICHARD-GUERROUDJ N. Regards croisés sur la rééducation prénatale. *Profession sage-femme*, Mars 2008, n°143, p. 36-8.

[29] MEYER S, DHENIN T, et al. Subjective and objective effects of intravaginal electrical myostimulation and biofeedback in patients with genuine stress urinary incontinence. *BrJ Urol*, 1992, p. 584-88.

[30] TAMAI A, SILVESTRE P, et al. La fisioterapia perineale semplice o associata alla elettrostimolazione funzionale e al biofeedback manometrico vaginale nell'incontinenza urinaria da sforzo della donne: la nostra esperienza. *Congres GRUG*, Baia di Conte, Alghero, 1992, p. 105-6.

[31] CHERPIN J, LERICHE A, et al. Etude sur les effets de la stimulation électrique et de la rééducation sensorielle dans la rééducation de l'incontinence féminine, *FILS, Monographie de la SIFUD*, Montréal, 1988, p.160-3.

[32] GALLIAC ALANBARI S. *Rééducation périnéale féminine mode d'emploi*. Robert Jauze, 2005, 175p.

[33] LECLERC R. *Corps de mère, corps de femme. Préparer et retrouver son corps*. Robert Jauze. 2004, 140p.

[34] GASQUET B, *Périnée arrêtons le massacre !*. Marabout, 2011, 224p.

[35] GROSSE D, SENGLER J. *Rééducation périnéale*. Le point en rééducation. Masson, 1998. 136p.

[36] TONNEAU H, BRANGER B, CHAUVIN F, GUERMEUR J, GRALL J-Y. Le périnée, qu'en savent les femmes ? *La Revue Sage-femme*, Juin 2005, vol. 4, n°3, p. 109-11.

[37] INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [En ligne], 2017, 317p., p.46 et 113
Disponible sur:
http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
(Consulté le 13/10/18)

[38] OMS, Charte d'Ottawa [En ligne], 1986.
Disponible sur :
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (Consulté le 22/12/18)

[39] DOLAN LM, WALSH D, HAMILTON S, MARSHALL K, THOMPSON K, ASHE RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, Juin 2004, 15(3) : 160-4 : 126-132.

[40] VALLEE J-P, CHARPENTIER J-M, NOC YL. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France - Une enquête transversale en médecine générale. *Médecine*, Octobre 2005; 1(1) : 32-7.

[41] Violences obstétricales: comprendre, prévenir, réparer [En ligne]. CIANE, 2017
Disponible sur : <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/> (Consulté le 30/11/18)

[42] FENECH G, THOMSON G. Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, Février 2014 ; 30(2) : 185-93.

[43] MCKENZIE-MCHARG K, AYERS S, FORD E, HORSCH A, JOMEEN J, SAWYER A, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *JOURNAL OF REPRODUCTIVE AND INFANT PSYCHOLOGY*, Mai 2015 ; 33.

[44] JACQUET V, FILLOZ Y. Les cahiers du Pôle - Sport et maternité. Ministère des Sports [en ligne], 2010. Disponible sur : <http://www.sports.gouv.fr/IMG/archives/pdf/sport-mater4-2.pdf> (Consulté le 17/11/18)

[45] VON SYDOW K. Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999 ; 47(1) : 27-49.

[46] INPES. La rééducation du post-partum - Fiche Action n°18 [En ligne], 2010. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3r.pdf> (Consulté le 01/09/18)

[47] GLAZENER CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gyneacol*, 1997 ; 104 : 330-5.

[48] BERTHET J, PACHE P, RACINET C. Évaluation du confort périnéal en suites de couches chez les primipares. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*, 1985 ; 14 : 769-73.

[49] INPES. Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum - Fiche Action n°16 [En ligne], 2010. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf> (Consulté le 02/11/18)

[50] TISSOT H, FRASCAROLO F, DESPLAND J-N, FAVEZ N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant*, Décembre 2011, Vol. 54(2) : 611-37.

[51] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) Recommandations professionnelles [En ligne], 2005, 56p., p.5-6. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf (Consulté le 13/10/18)

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Caractéristiques générales : Age maternel (N=440)

Figure 2 : Caractéristiques générales : Parité (N=440)

Figure 3 : Catégories socio-professionnelles (N=440)

Figure 4 : Motifs personnels ayant motivé la rééducation périnéale (N=440)

Figure 5 : Début des séances de rééducation périnéale (N=440)

Figure 6 : Méthodes de rééducation périnéale (N=440)

Figure 7 : Durée des séances de rééducation périnéale (N=440)

Figure 8 : Nombre de séances de rééducation périnéales faites (N=440)

Figure 9 : Raisons de ne pas avoir fait toutes les séances prescrites (N=179)

Figure 10 : Moments d'informations sur le périnée, son anatomie et ses fonctions (N=296)

Figure 11 : Autres intérêts des séances de rééducation périnéale (N=440)

Figure 12 : Autres problématiques sur lesquelles les femmes ont pu échanger lors des séances de rééducation périnéale (N=440)

Tableau 1 : Comparaison des modalités de prescription de la rééducation périnéale avant/après 2016 (N=440)

Tableau 2 : Comparaison des explications sur la rééducation périnéale, son intérêt par le prescripteur suivant les modalités de prescription (N=440)

Tableau 3 : Comparaison concernant les informations apprises sur le périnée, son rôle, pendant les séances de rééducation périnéale et non connues avant, selon la parité (N=440)

Tableau 4 : Comparaisons suivant la parité (N=440)

Mis à mal pendant votre grossesse et votre accouchement, inefficace après une opération de la prostate ou tout simplement victime du vieillissement, il ne remplit peut-être plus son rôle de soutien des organes pelviens et de verrou lors des efforts.

Le périnée

C'est un groupe de muscles en forme de losange qui s'étend du pubis au coccyx. Véritable hamac musculaire, il soutient les organes pelviens.

Pendant la grossesse puis l'accouchement, soumis aux hormones, aux variations de poids et de volume, les tissus du périnée sont étirés, distendus, fragilisés voire déchirés...

QUELLE EST SA FONCTION ?

On peut le comparer à un hamac qui soutient les organes dans le petit bassin. Il permet de compenser les pressions subies par lesdits organes lors d'efforts provoqués pendant des activités sportives (courses, sauts...) ou tout simplement de toux.

Son relâchement permet la miction - le fait d'uriner et de déféquer- et sa contraction la continence urinaire et anale. Il participe également à la qualité de la vie sexuelle.

POURQUOI LE PLANCHER PELVIEN EST IMPORTANT ?

L'affaiblissement de ce muscle peut entraîner des pertes urinaires et de selles, des difficultés à retenir ses gaz intestinaux, une diminution de la satisfaction sexuelle. Il peut également générer des descentes d'organes, ce que l'on appelle des prolapsus.

A l'inverse, un périnée trop tonique peut gêner l'écoulement des urines, l'évacuation des selles et provoquer des douleurs lors des rapports sexuels

QUELLES SONT LES RISQUES ENCOURUS PAR LE PLANCHER PELVIEN ?

Comme tous les muscles, le périnée est exposé aux risques de lésions musculaires que sont l'étirement, la compression et la déchirure.

Il peut être affaibli ou lésé lors de divers événements de la vie : grossesse, accouchement, chirurgie, infection, agression...

Pendant la grossesse, il est soumis à la pression de l'utérus. Lors de l'accouchement, il est étiré et comprimé par le passage du fœtus.

Les toux chroniques ou les activités sportives ou professionnelles, comme le saut, la course ou le port de charges, ou le surpoids sont aussi néfastes

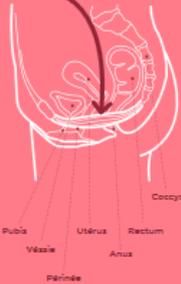
A la ménopause, le vieillissement musculaire et ligamentaire peuvent entraîner des troubles de la continence.

Le périnée, structure musculaire, peut bénéficier comme n'importe quel autre muscle de rééducation par un kinésithérapeute.

Mis à mal pendant votre grossesse et votre accouchement, inefficace après une opération de la prostate ou tout simplement victime du vieillissement, il ne remplit peut-être plus son rôle de soutien des organes pelviens et de verrou lors des efforts.

Le périnée

C'est un groupe de muscles en forme de losange qui s'étend du pubis au coccyx. Véritable hamac musculaire, il soutient les organes pelviens. Pendant la grossesse puis l'accouchement, soumis aux hormones, aux variations de poids et de volume, les tissus du périnée sont étirés, distendus, fragilisés voire déchirés...



Les conséquences des dysfonctionnements

- ▬ Fuites urinaires
- ▬ Douleurs
- ▬ Troubles sexuels
- ▬ Descentes d'organes
- ▬ Besoins pressants
- ▬ Incontinence anale

Rééducation pour qui ?



- ▬ Les enfants qui souffrent d'énurésie
- ▬ Les enfants constipés
- ▬ Les fuites chez les jeunes sportives
- ▬ Les femmes enceintes
- ▬ Les jeunes mamans
- ▬ Les hommes ayant subi une opération de la prostate
- ▬ Les femmes ménopausées

Les techniques de rééducation

Manuelles ou Instrumentales, elles seront adaptées à chaque personne et varient tout le long de la rééducation en fonction de l'évolution.

- En position assise ou debout
- Au besoin à l'aide de stimulations électriques
- En apprenant à bien contrôler chaque situation, comme la toux ou des besoins urgents

Votre kinésithérapeute adaptera la rééducation, toujours avec votre accord après vous avoir expliqué ce qu'il vous propose et avoir répondu à vos questions.

C'est à deux que vous déterminerez ce qui vous convient le mieux.

Halte aux idées reçues...

J'ai mal pendant les rapports... C'est normal après un accouchement FAUX	
Avoir envie d'uriner sous la douche, c'est normal FAUX	C'est normal qu'une fillette de 8 ans ait parfois des fuites FAUX
Passé 50 ans, les troubles sexuels sont une fatalité FAUX	Après l'accouchement les fuites, il faut vivre avec FAUX
Le café fait beaucoup uriner FAUX	Après une opération de la prostate l'incontinence est irrémédiable FAUX
Il n'existe qu'un seul type d'incontinence urinaire FAUX	Le travail du périnée pendant la grossesse ne sert à rien FAUX
Les fuites urinaires arrivent uniquement aux femmes qui ont eu des enfants et aux personnes âgées FAUX	On a toutes des fuites lorsqu'on fait du sport... Encore plus après un accouchement FAUX
L'incontinence chez la femme est quelque chose de très rare FAUX	J'ai passé l'âge de remuscler mon périnée FAUX

FAUX

De l'enfance à la fin de vie, votre kiné pourra vous aider à préserver votre périnée, à le rééduquer et à lui rendre son efficacité



Alix, 29 ans
Active pendant sa grossesse
À fond dans son job

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Faulline, 17 ans
Sportive épanouie
Focalisée sur sa foulée



À chaque moment de la vie, votre kinésithérapeute est le spécialiste de la rééducation périnéale.

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

kiné périnée efficacité

Fuites, constipation, douleurs, troubles sexuels, ...
Et si votre kiné s'occupait de votre périnée ?

Coordonnées : www.sirepp.fr

POUR + D'INFORMATIONS
www.ordremk.fr @cnomk
f www.facebook.com/cnomk



www.sirepp.fr
@SIREPPperineo
www.facebook.com/SIREPPperineo



www.arrep.fr

#kineperineeefficacite

QUESTIONNAIRE REEDUCATION PERINEALE

Bonjour,

Actuellement étudiante en 4^{ème} année d'école de Sage-Femme, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la rééducation périnéale.

Je sollicite votre participation en répondant à ce questionnaire qui ne vous prendra que quelques minutes et est ANONYME et vous remercie par avance pour le temps consacré à y répondre.

1) Quel est votre âge ?

2) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur exploitant, salarié agriculteur
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Etudiant
- Sans activité professionnelle
- Femme au foyer
- Autre :

3) Pourriez-vous m'indiquer combien de fois avez-vous accouché en précisant à chaque fois l'année, et si OUI ou NON vous aviez fait de la rééducation du périnée à la suite de ces accouchements :

ANNEE D'ACCOUCHEMENT	REEDUCATION PERINEALE FAITE A LA SUITE DE CET ACCOUCHEMENT	
	OUI	NON

Les questions qui suivent concernent la dernière rééducation du périnée que vous avez faite.

4) Quand vous a-t-on prescrit la rééducation du périnée ?

- Ordonnance donnée en systématique à la sortie de la maternité après votre accouchement
- Lors du Prado (service de retour à domicile après un accouchement) ou la sage-femme libérale vous en a parlé
- Lors de la visite post-natale (6 semaines après accouchement) où le professionnel, après interrogatoire et mesure de la tonicité du périnée, a jugé de la nécessité d'une rééducation
- A distance de l'accouchement (au moins 3 mois après) car vous aviez des troubles (incontinences...)

5) Avez-vous reçu des explications sur la rééducation, son intérêt, par le prescripteur ?

- OUI
- NON

6) Pourquoi avoir fait de la rééducation du périnée ? (Plusieurs réponses possibles)

- Car vous aviez des symptômes (incontinence urinaire à l'effort ou au repos, incontinence anale, douleurs...)
- En préventif, pour éviter les troubles périnéaux dans les années à venir
- En systématique, vous pensiez que c'était obligatoire et qu'il fallait la faire
- Pour retrouver des sensations, du tonus au niveau de votre périnée
- Car la rééducation est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie
- Après discussion avec les professionnels à la maternité
- Car vous en aviez parlé autour de vous (famille, amis) et qu'on vous l'avait conseillée
- Autres :

7) Avec qui avez-vous fait votre rééducation du périnée ? Sage-femme

- Kinésithérapeute

8) Aviez-vous déjà consulté ce professionnel avant de débiter la rééducation ? OUI

- NON

9) A quel moment avez-vous commencé votre rééducation du périnée ? (Plusieurs réponses possibles)

- Rapidement après l'accouchement
- Après le retour de couches (1^{ères} règles après accouchement)
- Après la visite post-natale (6-8 semaines après accouchement)
- Avant la reprise du travail
- Après la reprise du travail
- Autres :

10) Quels types de rééducation périnéale avez-vous faites ? (Plusieurs méthodes peuvent être couplées)

- Electrostimulation périnéale (Sonde vaginale qui envoie des stimulations, méthode passive, l'appareil travaille pour vous)
- Biofeedback (Méthode active, vous contractez les muscles du périnée autour de la sonde et vous pouvez visualiser les efforts sur un écran)
- Méthode manuelle (A l'aide d'un toucher vaginal, le professionnel perçoit les muscles et vous guide lors des exercices en ressentant la force de la contraction)
- Exercices avec l'aide d'images mentales (pont levis, laisser entrer un vague, grille qui se ferme...)
- Autres :

11) Combien de temps durait vos séances ?

- Moins de 30 min
- 30 min
- Entre 30 min et 1h

12) Combien de séances avez-vous faites ?

- > de 10 séances
- 10 séances
- Entre 5 et 10 séances
- < de 5 séances

13) Si vous n'avez pas fait toutes les séances de rééducation prescrites, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Le praticien jugeait que vous n'en aviez plus besoin
- Manque de temps
- La méthode de rééducation ne vous convenait pas
- Sans efficacité pour vous
- Vous ne voyiez pas l'intérêt de la rééducation
- Compliqué de gérer organisation (bébé, autres enfants...)
- Reprise du travail
- Autre :

14) Avant ces séances, aviez-vous déjà eu des informations sur l'anatomie du périnée et ses fonctions ?

- OUI NON

15) Si OUI, où avez-vous eu ces informations ? (Plusieurs réponses possibles)

- Consultations
- Séances de préparation à la naissance
- En suites de couches
- Lors du Prado (Sage-Femme libérale qui passe à la maison après accouchement)
- Grossesses précédentes
- Rééducations précédentes
- Discussions
- Recherches personnelles
- Autres :

16) Avez-vous appris des choses utiles sur le périnée, son rôle, pendant les séances de rééducation, que vous ne saviez pas avant ? OUI NON

17) Si OUI, pourriez-vous en dire quelques mots :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18) Ces séances de rééducation vous ont-elles permis de prendre conscience de ces muscles, les ressentir et savoir les faire fonctionner ? OUI NON

19) Avez-vous continué les exercices à la maison après ces séances ? OUI NON

20) Outre la rééducation périnéale simple, avez-vous trouvé d'autres intérêts à ces séances ? (Plusieurs réponses possibles)

- Un moment privilégié que pour vous
- Retrouver son corps et son statut de femme, reprendre possession de soi, s'appropriier ou se réappropriier son corps après une grossesse et un accouchement
- S'exprimer sur vos sensations corporelles ou la façon d'où vous viviez d'éventuelles difficultés liées à votre périnée
- Discuter de choses dont vous n'avez pas toujours osé parler
- Autre :

21) La rééducation périnéale a-t-elle été un moment opportun pour échanger/questionner sur d'autres problématiques? (Plusieurs réponses possibles)

- Le vécu de l'accouchement
- L'allaitement ou l'alimentation du bébé
- Le maternage, les soins du bébé (cordon, problèmes de peau, sommeil, sorties...)
- La relation avec les aînés
- La contraception, retour de couches
- La perte de poids
- La reprise du sport
- Douleurs quelconques
- La cicatrisation du périnée
- La reprise des rapports sexuels
- Difficultés antérieures lors des rapports sexuels
- La relation de couple
- Traumatismes antérieurs
- Si vous vous sentiez malheureuse ou dépassée par les évènements
- Faire un bilan post-natal
- Les problèmes d'incontinences qui peuvent survenir plus tard
- Autres :

22) Pour conclure, est ce que la rééducation du périnée a été pour vous différente de ce à quoi vous vous attendiez ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

23) Souhaiteriez-vous en refaire lors d'un prochain accouchement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rééducation périnéale :
Instrument d'une réflexion éducative
et instauration d'un dialogue ?

Enquête réalisée auprès de 440 femmes

En 2015, le CNGOF publie de nouvelles recommandations concernant la prescription et la pratique clinique de la rééducation périnéale en post-partum. Celles-ci réduisent le champ d'application de la rééducation périnéale notamment à la présence d'un symptôme précis.

L'objectif de cette étude est d'évaluer auprès des femmes ayant déjà fait de la rééducation du périnée si celle-ci a répondu à un besoin qui va au-delà du traitement d'un symptôme précis en étant notamment le lieu d'expressions d'autres problématiques. De plus, nous avons cherché à savoir si, dans ce suivi régulier du post-partum qui permet de clore la grossesse, les sages-femmes ont un rôle à jouer dans la promotion d'une approche éducative et préventive auprès des femmes.

Une enquête observationnelle déclarative de type transversale par auto-questionnaire a été réalisée auprès de 440 femmes.

Parmi les femmes, 46.1 % ont déclaré avoir appris des choses sur le périnée pendant les séances de rééducation périnéale qu'elles ne savaient pas avant. Celles-ci leur ont permis pour 92.5 % de prendre conscience des muscles, les ressentir.

De plus, la rééducation périnéale a été l'occasion pour nombre d'entre elles de se réapproprier leur corps après une grossesse et un accouchement ou encore d'aborder d'autres sujets tels que le vécu de l'accouchement, la reprise d'une sexualité ou d'une activité sportive.

Nous avons pu mettre en évidence que la rééducation périnéale peut permettre aux sages-femmes de continuer à assurer leur rôle essentiel dans la continuité des soins en proposant un suivi rapproché dans une période d'adaptation et de bouleversements physiques et psychiques. Ces séances sont aussi l'occasion pour les femmes de combler un besoin, de s'exprimer sur d'autres problématiques et pour les sages-femmes d'aller au-delà de la rééducation en faisant de l'éducation périnéale.

Mots clés : Rééducation périnéale, éducation périnéale, intérêts, promotion et prévention, échanges, réappropriation