

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2014

N° 076

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

**Lucile TOULAN** épouse LEGROS

Née le 09 septembre 1983 à ANGERS (49)

---

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2014

---

**Quelles sont les modalités de la prescription de la rééducation  
périnéale du post-partum chez les professionnels de santé de la  
Sarthe en 2014 ?**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN  
Membres du jury : Monsieur le Professeur Patrice LOPES  
Monsieur le Professeur Olivier BOUCHOT

## **Remerciements**

**A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,**

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance

**A Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN,**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité, vos encouragements.

Recevez ici le témoignage de ma sincère gratitude.

**A Monsieur le Professeur Patrice LOPES,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la médecine générale.

Soyez assuré de mes sentiments respectueux.

**A Monsieur le Professeur Olivier BOUCHOT,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la médecine générale.

Soyez assuré de mes sentiments respectueux.

## **Dédicaces personnelles**

A mes parents, pour votre amour et votre soutien sans faille

A mon frère, Paul

A mes grands parents, Corentin, Lucienne, Robert et Marie-Madeleine

A ma cousine Catherine et sa compagne Nadine

A ma belle-sœur Marie

A mes neveux Camille et Léandre et à ma nièce, Garance

A mon oncle, Jean-Paul

A ma tante, Dominique

A mes cousines et leurs conjoints, Amélie, Pierre, Muriel, Quentin, Adèle et Alex

A mes petits cousins et cousines, Jules, Héloïse et Lilas

A mes beaux-parents

A mes belles-sœurs, Candice et Clara

A mes copines de toujours, Lucie, Anne et Elisabeth

A mes amis de la fac d'Angers, Guillaume, Benoît, Bertille, Lucie, Camille, Pascale, Virginie

A mes amis de la fac de Nantes, Isabelle, Anne, Nadège, Céline, Elodie et Pierre

A Clément, pour ton amour au quotidien, ton aide précieuse, ton soutien et ta compréhension

A Alice, ma fille chérie

**Je dédie cette thèse**

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ABREVIATIONS.....</b>                                                                                                                       | <b>6</b>  |
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                                                                       | <b>7</b>  |
| <b>PARTIE 1 : MATERIELS ET METHODES.....</b>                                                                                                   | <b>9</b>  |
| I    DONNEES CPAM .....                                                                                                                        | 9         |
| II   CHOIX DE LA METHODE .....                                                                                                                 | 9         |
| III  POPULATION ETUDIEE : LES PARTICIPANTS.....                                                                                                | 9         |
| IV   CALCUL DE L'ECHANTILLON .....                                                                                                             | 9         |
| V    DEROULEMENT DE L'ETUDE : METHODE D'INTERVENTION .....                                                                                     | 10        |
| VI   VARIABLES ETUDIEES.....                                                                                                                   | 11        |
| VII  MODE DE RECUEIL DES DONNEES : LES OUTILS ET LEUR ELABORATION.....                                                                         | 11        |
| <b>PARTIE 2 : RESULTATS.....</b>                                                                                                               | <b>13</b> |
| I    IDENTIFICATION ANONYME DES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE LEUR<br>PRATIQUE OBSTETRICALE GENERALE.....                           | 13        |
| I.1 <i>Le sexe</i> .....                                                                                                                       | 13        |
| I.2 <i>L'âge</i> .....                                                                                                                         | 13        |
| I.3 <i>Pour les gynécologues et les sages-femmes : type d'activité</i> .....                                                                   | 16        |
| I.4 <i>Pour les médecins généralistes : formation en gynécologie</i> .....                                                                     | 17        |
| I.5 <i>Suivi de grossesse et visite post-natale par les professionnels de santé</i> .....                                                      | 17        |
| II   PRESCRIPTION DE LA REEDUCATION PERINEO-SPHINCTERIEUNE DU POST-PARTUM .....                                                                | 21        |
| III  PRATIQUE DU POST-PARTUM ET DE LA PRESCRIPTION DE LA REEDUCATION DU PERINEE<br>DU POST-PARTUM DES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE ..... | 22        |
| III.1 <i>Fréquence de la prescription de la rééducation du post-partum</i> .....                                                               | 22        |
| III.2 <i>Raison de la systématisation de la prescription de la rééducation</i> .....                                                           | 22        |
| III.3 <i>Eléments à l'interrogatoire qui orientent vers la prescription</i> .....                                                              | 23        |
| III.4 <i>Eléments à l'examen clinique qui orientent vers la prescription</i> .....                                                             | 24        |
| IV   INFORMATION ADRESSEE A LA PATIENTE.....                                                                                                   | 26        |
| IV.1 <i>Information adressée à la patiente sur les différentes techniques de<br/>rééducation</i> .....                                         | 26        |
| IV.2 <i>Information adressée à la patiente sur les différents intervenants pouvant réaliser<br/>la rééducation</i> .....                       | 26        |
| V    ORIENTATION.....                                                                                                                          | 28        |
| V.1 <i>Orientation vers un type de rééducateur</i> .....                                                                                       | 28        |
| V.2 <i>Raison de l'orientation</i> .....                                                                                                       | 29        |
| VI   INTERET DU SUJET .....                                                                                                                    | 30        |
| <b>PARTIE 3- DISCUSSION.....</b>                                                                                                               | <b>35</b> |
| I    DISCUSSION DE LA METHODE .....                                                                                                            | 35        |
| I.1 <i>Le questionnaire</i> .....                                                                                                              | 35        |
| I.2 <i>Les échantillons</i> .....                                                                                                              | 36        |
| II   DISCUSSION DES RESULTATS .....                                                                                                            | 37        |
| II.1 <i>Les échantillons</i> .....                                                                                                             | 37        |
| II.2 <i>Cadre législatif</i> .....                                                                                                             | 39        |
| II.3 <i>Prescription systématique de la rééducation</i> .....                                                                                  | 40        |
| II.4 <i>Facteurs de risque à l'interrogatoire et à l'examen clinique</i> .....                                                                 | 42        |
| II.5 <i>Information des patientes des techniques et rééducateurs</i> .....                                                                     | 45        |
| II.6 <i>Choix du rééducateur</i> .....                                                                                                         | 46        |

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CONCLUSION.....</b>                                                          | <b>49</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                                      | <b>51</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>                                                             | <b>53</b> |
| ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE POUR LES MEDECINS GENERALISTES .....                   | 54        |
| ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE POUR LES SAGES-FEMMES .....                            | 56        |
| ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE POUR LES GYNECOLOGUES .....                            | 58        |
| ANNEXE 4 : ARRETE DU 18 OCTOBRE 2006 .....                                      | 60        |
| ANNEXE 5 : TABLEAU DE COTATIONS DU TESTING .....                                | 61        |
| ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE USP .....                                              | 62        |
| ANNEXE 8 : ARRETE DU 23 DECEMBRE 2004.....                                      | 67        |
| ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE DE A. BOURCIER.....                  | 68        |
| ANNEXE 10 : LES 3 GROUPES DE PATIENTES AU TERME DU BILAN AVANT REEDUCATION..... | 69        |
| <b>ABSTRACT .....</b>                                                           | <b>70</b> |

## **ABREVIATIONS**

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
FMC : Formation Médicale Continue  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IU: Incontinence Urinaire  
IUE: Incontinence Urinaire d'Effort  
MG: Médecin Généraliste  
USP: Urinary Symptom Profile

## INTRODUCTION

Depuis 2004 la prévention de l'incontinence urinaire féminine est en France une des priorités de santé publique inscrite dans la loi n°2004-806(1)

La grossesse et l'accouchement par voie basse provoquent fréquemment une incontinence urinaire par la distension importante des ligaments et du plancher pelvien qu'ils occasionnent. C'est dans la couche profonde du plancher pelvien que l'on trouve le muscle cible de la rééducation périnéale : le releveur de l'anus.

L'incontinence urinaire à 2 mois de post-partum est présente dans 15 à 40% des cas. Elle touche davantage les femmes incontinentes avant ou au début de la grossesse. Un tiers guériront spontanément entre 12 et 18 mois (3). Parmi les femmes incontinentes à 3 mois de post-partum, 54,3% ont des fuites plus d'une fois par semaine.

Depuis une quinzaine d'années, les techniques de rééducation se sont développées et ont gagné en acceptabilité : elles permettent de guérir l'incontinence urinaire d'effort dans 30 à 50% des cas ou de la diminuer dans 60 à 90% des cas (4).

Richard Villet, dans son ouvrage, *L'incontinence urinaire de la femme* donne une définition de la rééducation pelvi-périnéale comme étant l'ensemble de techniques spécifiques non chirurgicales et non pharmacologiques visant à traiter les troubles de la statique pelvienne et les dysfonctionnements des organes pelviens, urinaires, digestifs ou sexuels. (5)

La rééducation a été introduite dès 1948 par Kegel, un gynécologue américain, dans le but de restaurer le tonus et la force des muscles périnéaux endommagés par la grossesse. Au début des années 80, de nouvelles procédures thérapeutiques sont apparues, complétant les exercices musculaires de Kegel ( biofeedback, électro-stimulation, technique comportementale).

Le travail de Mørkved sur 198 femmes, compare un groupe contrôle avec uniquement des recommandations sur les exercices de rééducation du périnée à la sortie de maternité et un groupe de femmes avec rééducation débutée 8 semaines après l'accouchement pendant 8 semaines alliant exercice avec thérapeute et exercices à domicile. Cet essai retrouve une amélioration de la force des muscles du plancher pelvien et une réduction de l'incontinence urinaire dans le post-partum immédiat.(6)

Même si les techniques de rééducation périnéale du post-partum ont montré une efficacité pour traiter ou diminuer la gêne liée à l'incontinence urinaire , les essais comparatifs existants sont peu nombreux, de qualité variable et hétérogènes quant aux critères d'inclusion et au type d'intervention ré éducative choisie.(7)

Le travail de Meyer et al (Lausanne) est intéressant car proche de notre pratique. Les femmes étaient incluses et évaluées avant l'accouchement puis à 9 semaines et 10 mois du post-partum. Pour le groupe rééducation, elle débutait 2 mois après l'accouchement et comportait 2 séances par semaine pendant 6 semaines avec à chaque fois 20 minutes de biofeedback et 15 minutes d'électrostimulation. Au moment de l'évaluation, 10 mois après l'accouchement, la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort était inchangée dans le groupe contrôle (16% à 2 mois versus 14% à 10 mois du post-partum) tandis qu'elle était diminuée dans le groupe rééducation (31 versus 12%).(8)

Cependant ce travail comparatif n'était pas randomisé ce qui fait que les patientes du groupe rééducation avaient plus de symptômes avant de débiter que les patientes du groupe contrôle (31% d'IUE versus 16%).(7)

La popularité de la rééducation périnéale postnatale auprès des prescripteurs s'explique probablement par la prise en charge par le rééducateur de l'ensemble des troubles périnéaux, l'incontinence urinaire bien sûr, mais aussi la douleur périnéale et l'incontinence anale, sans oublier la fonction sexuelle. Il est clair qu'en l'absence d'un essai randomisé probant sur la rééducation périnéale en post-partum, il est difficile d'établir une réponse définitive et consensuelle.(7)

La prescription de séances de rééducation du post-partum ne doit pas être systématique.(3)

Par ailleurs, devant le coût représenté par le traitement et la prise en charge des patients incontinents urinaires en France et en tenant compte des facteurs de risques déjà connus comme la grossesse et l'accouchement, une action de prévention doit être engagée.(9)

Pour définir la stratégie thérapeutique, le médecin doit obtenir par l'entretien et l'examen clinique des renseignements indispensables au choix de la rééducation.(3)

L'objectif principal de notre étude est de comprendre les modalités de la prescription de la rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum chez les professionnels de santé de la Sarthe

L'objectif secondaire est d'identifier l'information donnée par le prescripteur à la patiente sur la diversité des techniques et la diversité des rééducateurs.

## **PARTIE 1 : MATERIELS ET METHODES**

### **I Données CPAM**

Nous avons établi dans un premier temps le thème puis le sujet de notre thèse.

Dans un second temps, afin d'établir s'il existait des données chiffrées sur la prescription et la réalisation de la rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum en Sarthe, nous avons sollicité la CPAM de la Sarthe par téléphone et par mail. Nous avons obtenu des données précises sur l'année 2012 ; en effet, on peut estimer à 6 750 le nombre d'accouchements chez les femmes domiciliés en Sarthe en 2012. Les rééducations périnéales du post-partum ont concerné 2 590 femmes chez les femmes domiciliées en Sarthe en 2012 soit 38% des accouchements et donc 62% des femmes n'ont pas réalisé de rééducation périnéale.

Par ailleurs 99,0% des rééducations périnéales du post-partum ont été réalisées par des sages-femmes.

### **II Choix de la méthode**

Nous avons mené une étude quantitative.

### **III Population étudiée : les participants**

Nous avons décidé de mener une enquête auprès des professionnels ayant vocation à prescrire la rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum : tous les médecins généralistes, toutes les sages-femmes et tous les gynécologues de la Sarthe.

Nous avons sollicité les professionnels libéraux et salariés.

### **IV Calcul de l'échantillon**

Le calcul de taille de l'échantillon de professionnels de santé nécessaires retrouvait les données suivantes :

38% des patientes selon les chiffres de la CPAM effectuent la rééducation périnéale du post-partum et 62% ne l'effectuent pas, si on part du principe d'une observance totale de la prescription par les patientes.

Donc en appliquant la formule :  $n = t^2 * p * (1-p) / m^2$  avec

n: taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement ;

t: niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96) ;

p: Probabilité de réalisation de l'événement

m: Marge d'erreur (généralement fixée à 5 %)

Soit si on considère que en Sarthe selon les données la prescription de rééducation a lieu dans 38 % sur l'année 2012 alors :

$$N = 1,96^2 * 0,38 * 0,62 / 0,05^2 = 3,8416 * 0,2356 / 0,0025 = 362 \text{ environ}$$

Si on ajoute 10 % de cas non exploitables, on obtient :  $n = 362 * 1,10 = 398,2$  de sujets nécessaires à l'étude.

## **V Déroulement de l'étude : méthode d'intervention**

L'enquête s'est déroulée à l'aide d'un questionnaire sur la période du 6 mars 2014 au 18 juin 2014 sur l'ensemble du département de la Sarthe.

Les questionnaires ont été façonnés de manière à être faciles et rapides à remplir. Pour avoir le plus de réponses possibles il nous semblait essentiel qu'ils soient concis, et que ce questionnaire évite les redondances.

Nous avons volontairement utilisé des questions ouvertes pour ne pas influencer les prescripteurs dans leurs réponses et permettre aux personnes interrogées d'émettre des propositions supplémentaires ou des commentaires personnels.

Trois questionnaires ont été rédigés : un pour les généralistes, un pour les gynécologues et le troisième pour les sages-femmes. Le même questionnaire s'adressait à chaque spécialité, qu'elle soit exercée de manière libérale ou salariée. Seule la question 3 était différente selon les questionnaires.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre explicative et chaque questionnaire papier ou électronique était anonyme.

Le questionnaire a été envoyé sous forme papier à l'ensemble des gynécologues de la Sarthe soit 35 au total.

Le questionnaire a été envoyé sous forme électronique à l'ensemble des sages-femmes de la Sarthe inscrites au conseil de l'ordre des sages-femmes de la Sarthe soit 145 au total.

Le questionnaire a été envoyé sous forme électronique aux médecins généralistes du listing mail de l'ADOPS72 ( Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins) soit 300 au total. Une relance par mail de ce listing n'a pas été possible, si bien que devant un très faible taux de réponse après ce procédé, nous avons décidé quinze jours après l'envoi électronique de faire une relance téléphonique auprès de chaque cabinet médical de médecins généralistes de la Sarthe (404 médecins généralistes) afin de nous assurer de la

réception du questionnaire et de le renvoyer par mail si besoin. Nous avons décidé le 18 juin de clore la collecte des questionnaires.

Le questionnaire électronique a été réalisé grâce au logiciel de sondage, enquête et questionnaire en ligne Evalandgo.

## **VI Variables étudiées**

Leurs questionnaires respectifs se divisaient en deux parties :

Une première partie sur le profil du professionnel interrogé et sa pratique générale (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme) en précisant son sexe, son âge, son secteur d'activité (libéral ou salarié) et le décompte des consultations de femmes enceintes par année et de consultation post-natale.

Pour les médecins généralistes, une question supplémentaire sur la qualité de leur formation en gynéco-obstétrique était posée.

Et une deuxième partie sur leur activité de prescripteur de rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum que ce soit à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.

Le questionnaire se terminait par une question sur l'intérêt pour eux du sujet.

Avant la rédaction finale du questionnaire un pré-test a été réalisé au cours du mois de février 2014 . Le questionnaire a été envoyé à 10 médecins généralistes pris au hasard sur l'annuaire du département de Maine et Loire, département limitrophe, pour ne pas empiéter sur l'échantillon Sarthois. Nous avons reçu 6 réponses : 4 femmes et 2 hommes. Ce pré-test m'a permis de vérifier que la formulation des questions était compréhensible et claire. Le temps nécessaire au remplissage du questionnaire était raisonnable puisqu'il se situait aux alentours de 3 minutes par professionnel de santé.

## **VII Mode de recueil des données : les outils et leur élaboration**

L'acquisition des données des questionnaires s'est faite grâce au logiciel Evalandgo.

Nous avons retranscrit chaque questionnaire papier sur le logiciel pour pouvoir centraliser les réponses et pouvoir ainsi utiliser leur outil de calcul.

Nous avons ainsi effectué une analyse descriptive pour chaque question: le logiciel chiffrait chaque type de réponse à chaque variable et calculait leur pourcentage. Il nous a permis de croiser certaines questions, précisant de cette manière si telle réponse était influencée par telle autre.

## **PARTIE 2 : RESULTATS**

Les médecins généralistes qui ont participé à l'enquête représentent environ 15% (61/404) des généralistes « sans orientation particulière » de la zone étudiée.

Les gynécologues qui ont participé à l'enquête représentent environ 57% (20/35) des gynécologues de la zone étudiée.

Les sages-femmes qui ont participé à l'enquête représentent environ 62% (90/145) des gynécologues de la zone étudiée.

### **I     Identification anonyme des différents professionnels de santé et de leur pratique obstétricale générale**

#### **I.1     Le sexe**

48 % de femmes et 52% d'hommes composent le panel des médecins généralistes ayant répondu.

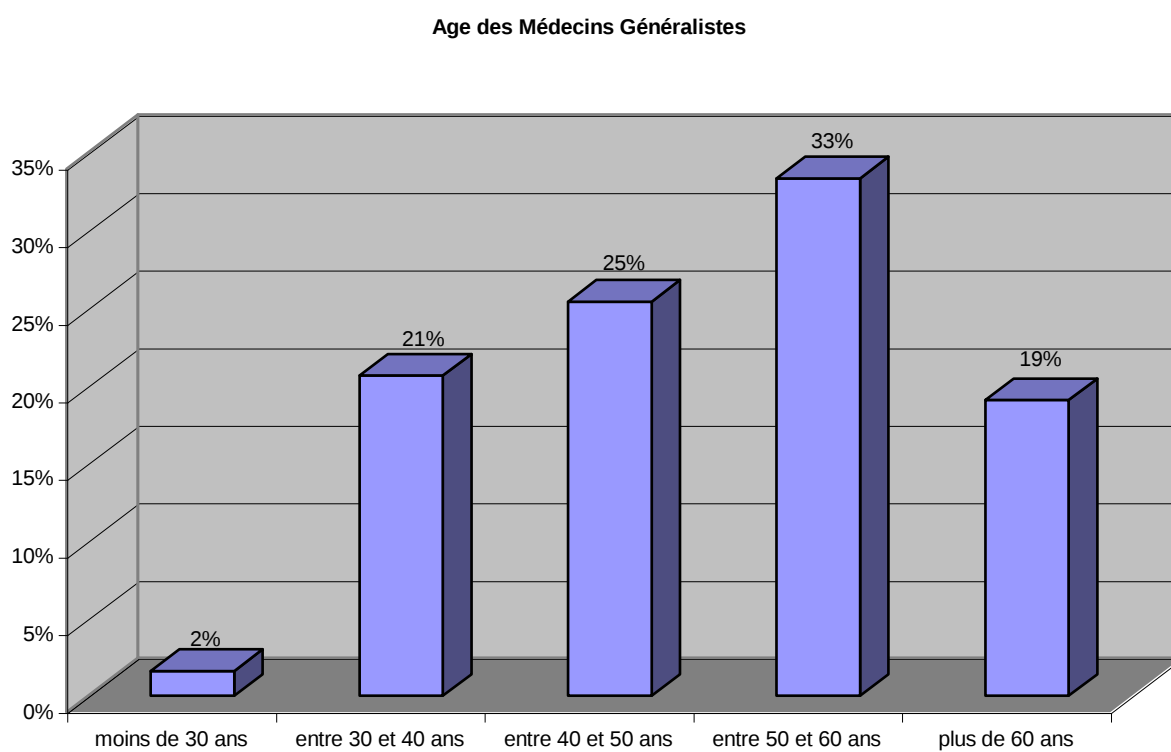
96% de femmes et 4% d'hommes composent le panel des sages-femmes ayant répondu.

55% de femmes et 45% d'hommes composent le panel des gynécologues ayant répondu.

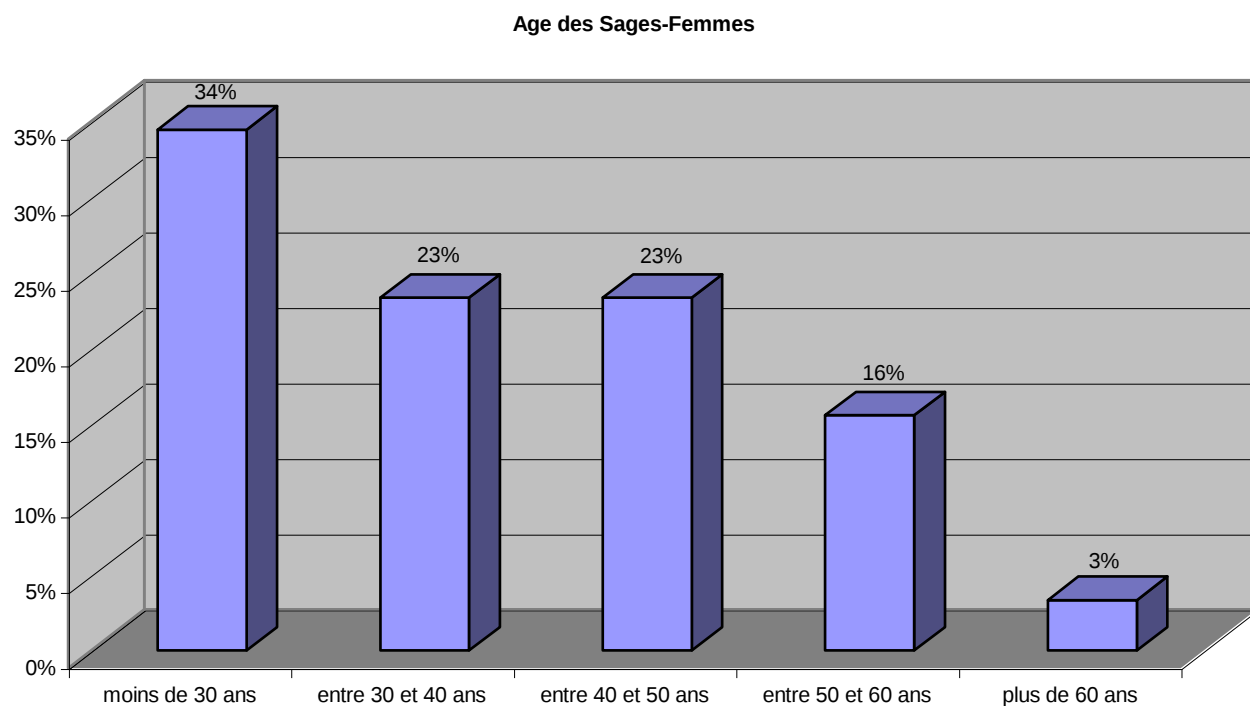
#### **I.2     L'âge**

La répartition s'est faite en 5 tranches d'âge.

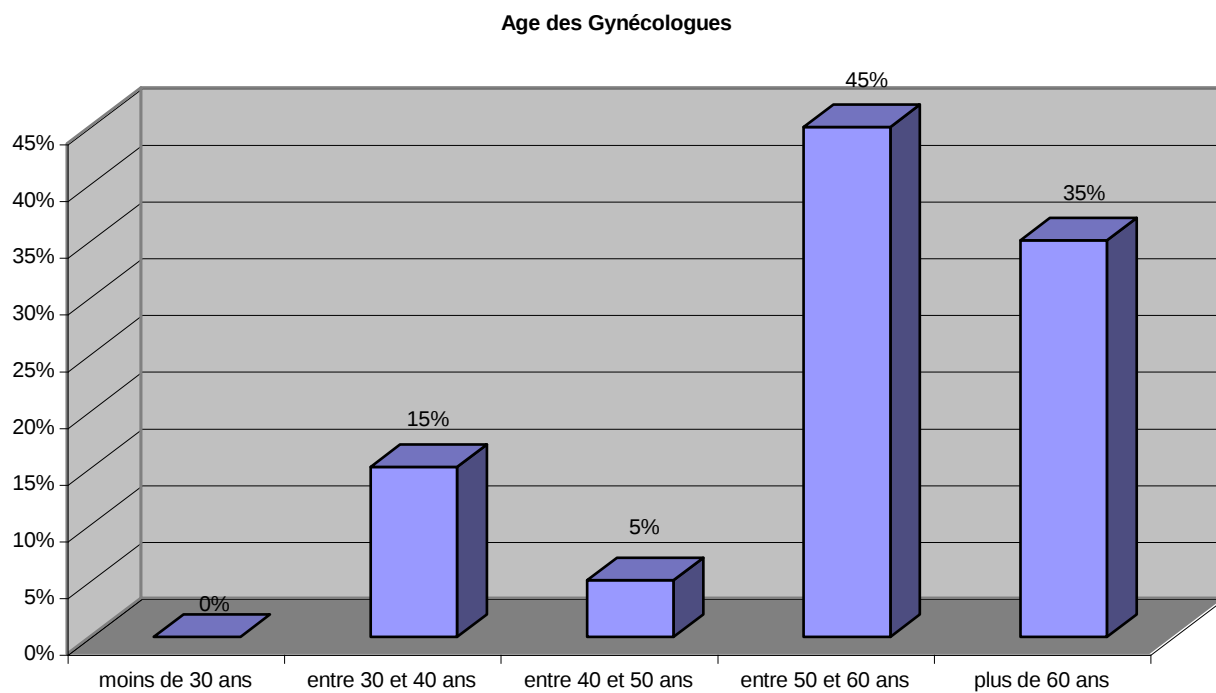
## Les médecins généralistes.



## Les sages-femmes

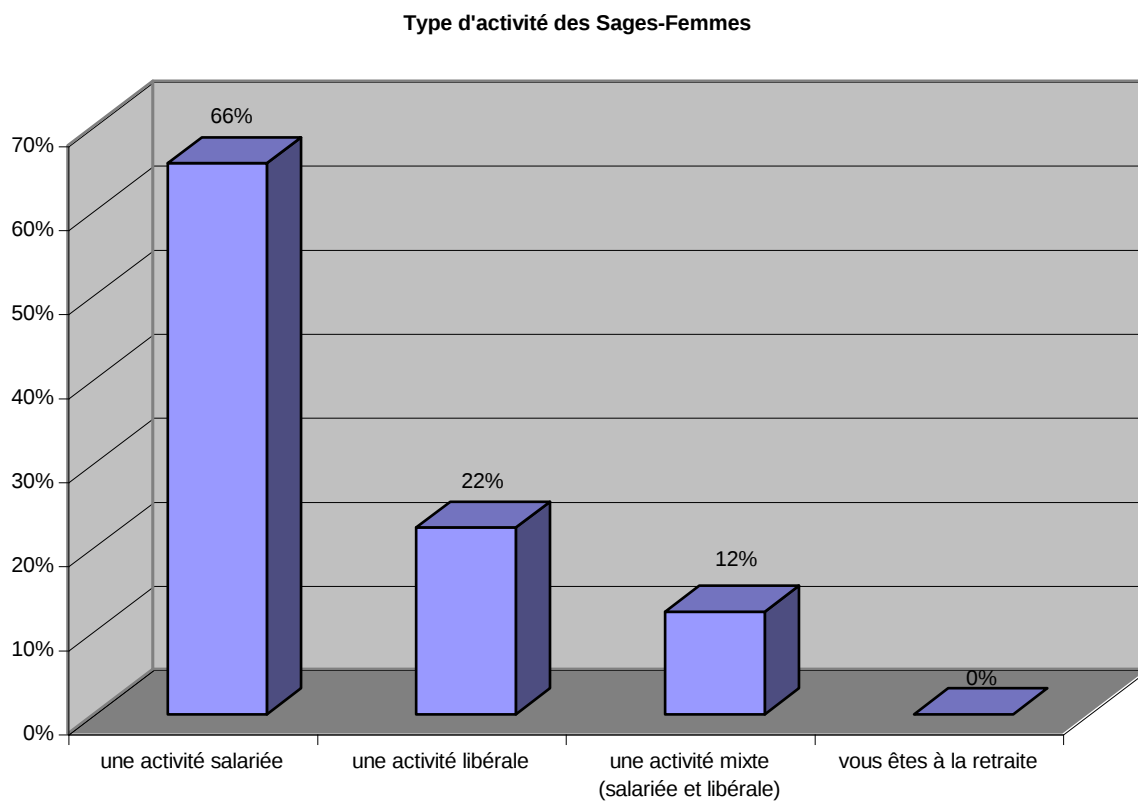


## Les gynécologues

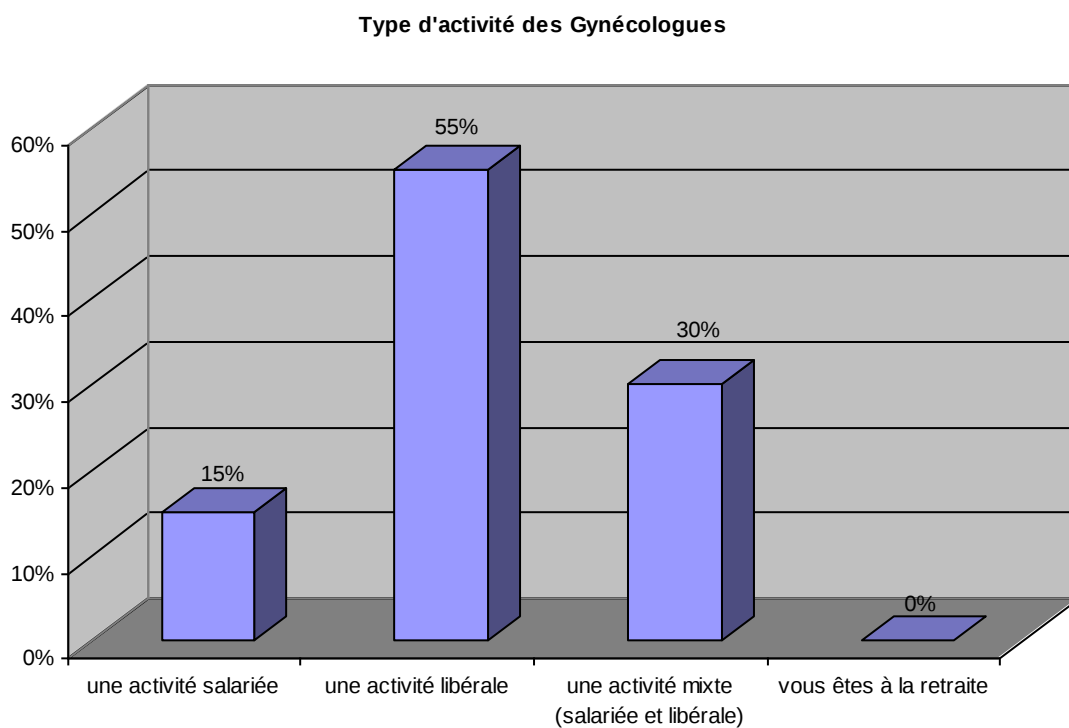


### I.3 Pour les gynécologues et les sages-femmes : type d'activité

#### Activité des sages-femmes



#### Activité des gynécologues



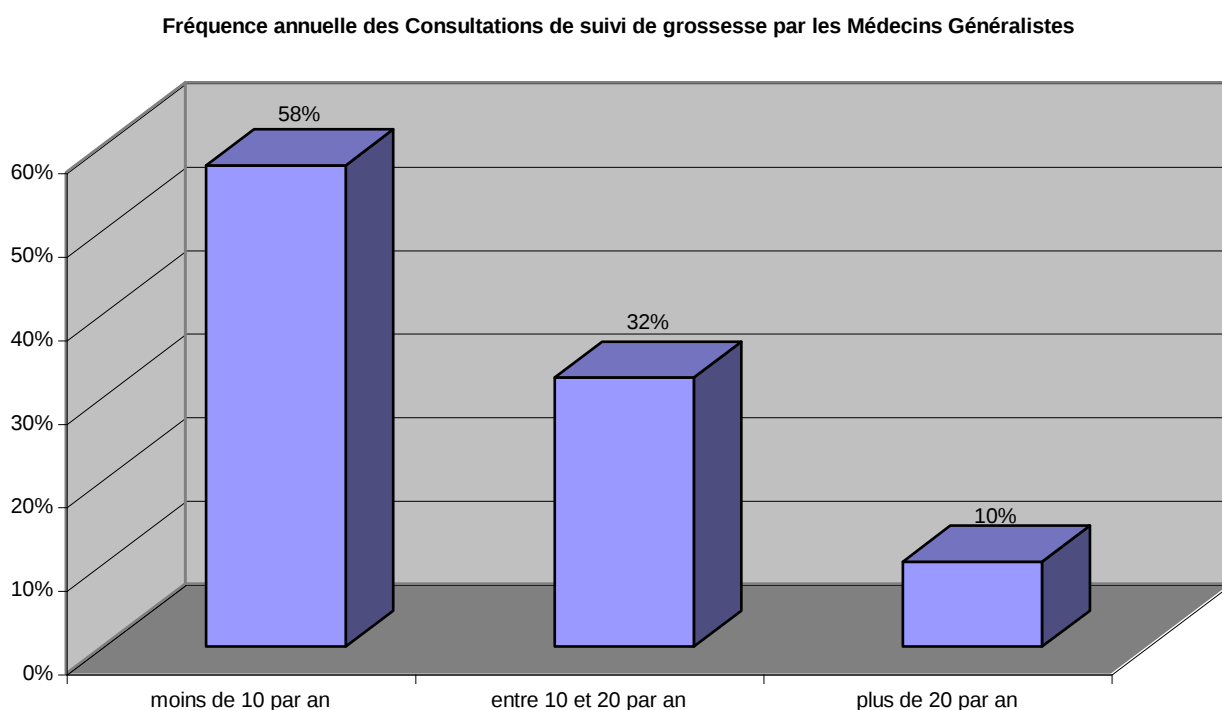
#### I.4 Pour les médecins généralistes : formation en gynécologie

78% des médecins généralistes disent ne pas avoir de formation en gynécologie.

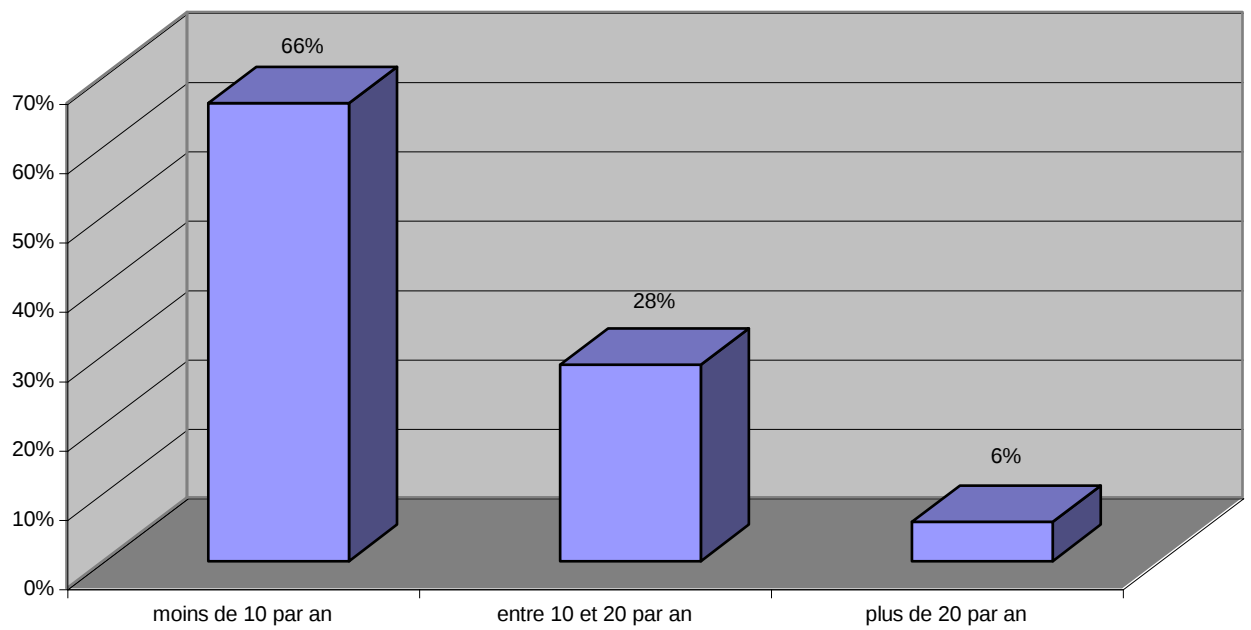
Parmi ceux qui disent avoir une formation en gynécologie, pour 57% d'entre eux elle a lieu pendant leur formation initiale lors de l'internat, et pour 43% d'entre eux sous forme de FMC.

#### I.5 Suivi de grossesse et visite post-natale par les professionnels de santé

94% de médecins généralistes réalisent des suivis de grossesse et 83% des visites post-natales.

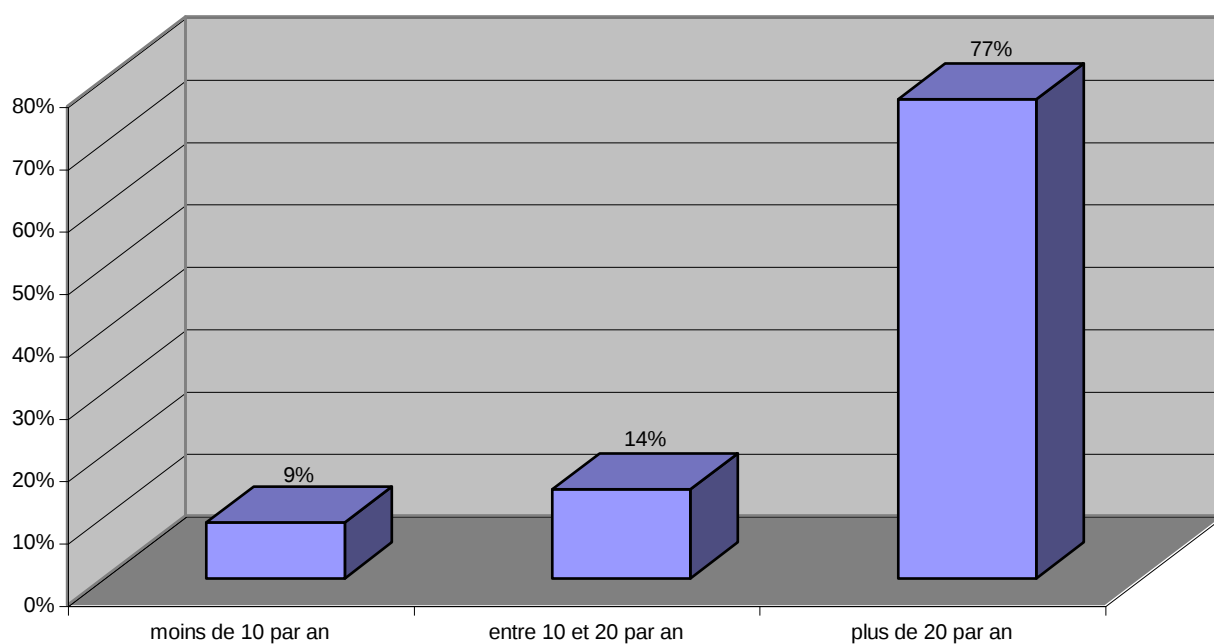


Fréquence annuelle des Visites post-natales par les Médecins Généralistes

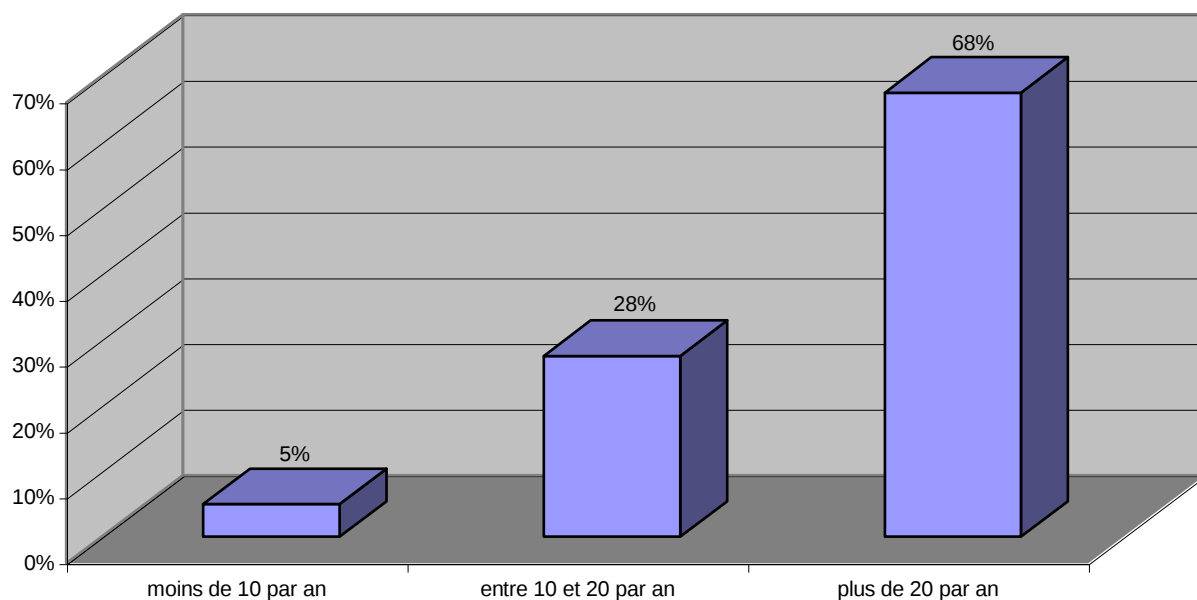


61% des sages-femmes réalisent des suivis de grossesse et 44% des visites post-natales.

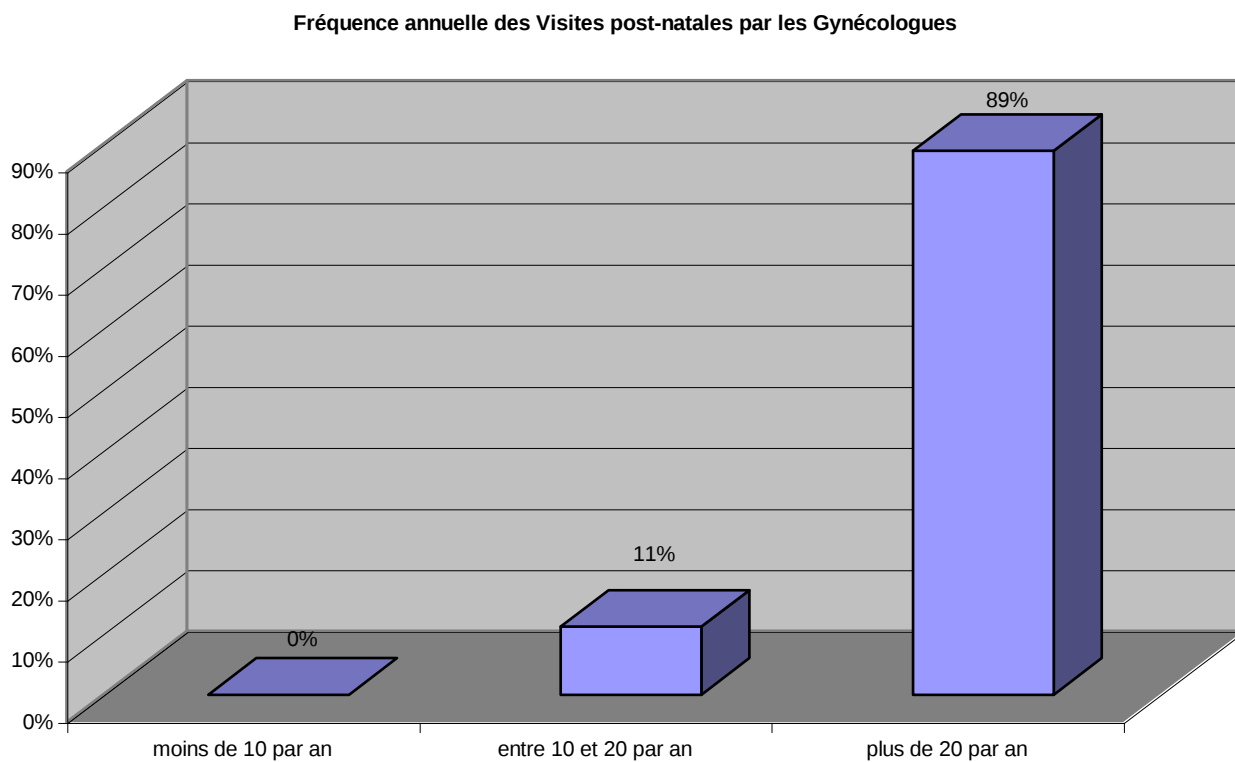
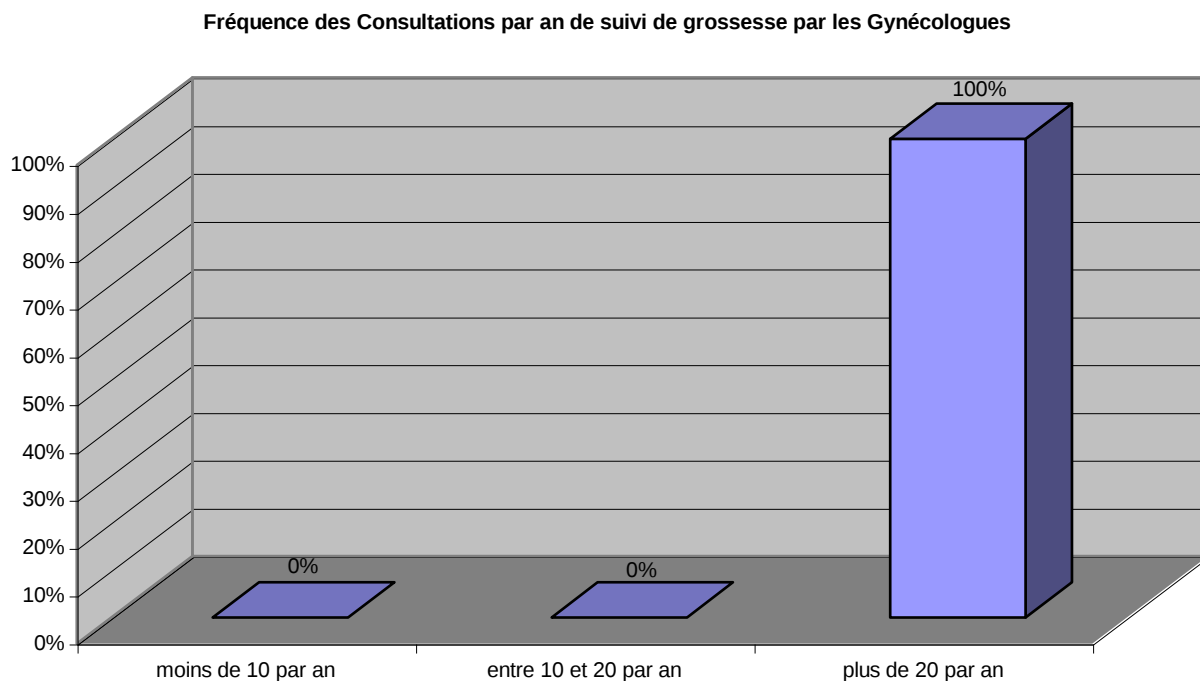
**Fréquence annuelle des Consultations de suivi de grossesse par les Sages-Femmes**



**Fréquence annuelle des consultations de Visites post-natales par les Sages-Femmes**



100% de gynécologues réalisent des suivis de grossesse et 90% des visites post-natales.



## **II      Prescription de la rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum**

92% des médecins généralistes prescrivent la rééducation du post-partum.

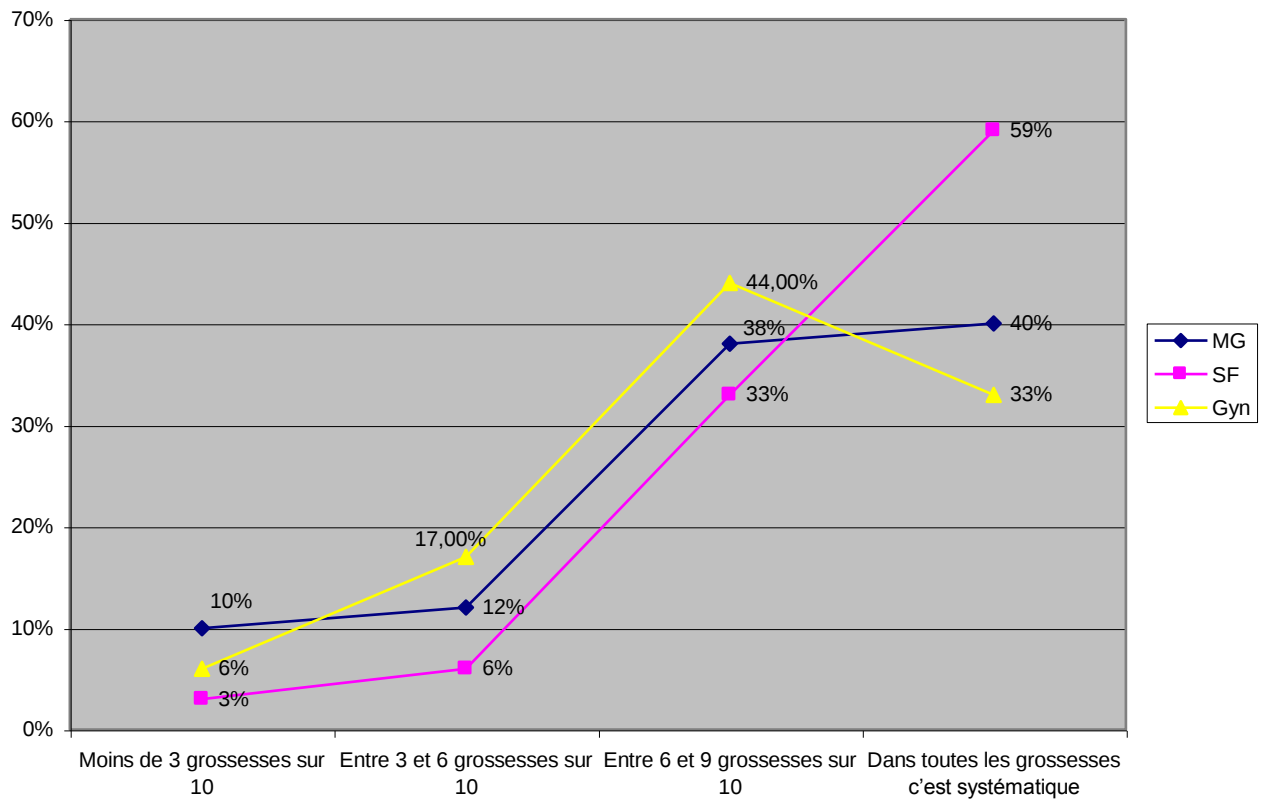
88% des sages-femmes prescrivent la rééducation du post-partum.

90% des gynécologues prescrivent la rééducation du post-partum.

### III Pratique du post-partum et de la prescription de la rééducation du périnée du post-partum des différents professionnels de santé

#### III.1 Fréquence de la prescription de la rééducation du post-partum

Fréquence de la prescription de la rééducation du post-partum



#### III.2 Raison de la systématisation de la prescription de la rééducation

Pour les **médecins généralistes**, la raison de la systématisation :

- ❑ La prévention des incontinences dans 75% des réponses  
« prévenir les incontinences », « éviter les incontinence urinaire et anale »

Pour les **sages-femmes**, la raison de la systématisation :

- ❑ La prévention des incontinences dans 24% des réponses  
« la prévention des risques ultérieurs d'incontinence », « prévenir l'incontinence future »
- ❑ La connaissance de soi dans 10% des réponses  
« se réapproprier son corps », « mieux connaître son corps », « connaissance du périnée »
- ❑ Le rôle éducatif dans 17% des réponses  
« la rééducation a un rôle éducatif », « éducation périnéale », « action éducative », « parler du périnée et éduquer », « il s'agit plus d'une éducation que d'une rééducation »

Pour les **gynécologues**, la raison de la systématisation :

- ❑ La prévention des incontinences dans 33% des réponses  
« prévention pour plus tard »
- ❑ La connaissance de soi dans 17% des réponses  
« prendre conscience de son périnée, se réapproprier son corps »
- ❑ Le rôle éducatif dans 17% des réponses  
« éducation »

### III.3 Eléments à l'interrogatoire qui orientent vers la prescription

Pour les **médecins généralistes**, les éléments à l'interrogatoire qui orientent vers la prescription de la rééducation :

- ❑ L'incontinence urinaire dans 76% des réponses  
« pertes urinaires », « fuites urinaires », difficultés à se retenir », incontinence urinaire à l'effort », « impériosités »
- ❑ La multiparité dans 20% des réponses  
« multipare », « nombre de grossesse », « nombre d'accouchement », « multiparité »
- ❑ La macrosomie dans 15% des réponses  
« poids de naissance », « poids du bébé », « gros bébé », « poids de naissance élevé »
- ❑ L'incontinence fécale dans 7% des réponses  
« incontinence fécale », « trouble sphincter anal », « difficulté à retenir les gaz »
- ❑ Les troubles de la sexualité dans 5% des réponses  
« dyspareunies »

Pour les **sages-femmes**, les éléments à l'interrogatoire qui orientent vers la prescription de la rééducation :

- ❑ L'incontinence urinaire dans 91% des réponses  
« miction involontaire », « incontinence urinaire », « fuites urinaires », « incontinence urinaire d'effort », « difficulté à contrôler les urines », « soucis urinaires »
- ❑ La macrosomie dans 17% des réponses  
« macrosomie », « gros bébé », « poids du nouveau-né »
- ❑ L'incontinence fécale dans 17% des réponses  
« incontinence anale », « incontinence aux gaz », « incontinence fécale », « gaz incontrôlé »
- ❑ La multiparité dans 13% des réponses  
« multiparité », « la parité »
- ❑ L'expulsion instrumentale dans 9% des réponses

« accouchement avec instrumentation », « aide instrumentale à la naissance »,  
« accouchement instrumental », « extraction instrumentale »

- ❑ Les troubles de la sexualité dans 2% des réponses

« dyspareunies », « sexualité modifiée »

- ❑ Les douleurs périnéales dans 2% des réponses

« douleur », « douleurs périnéales »

Pour les **gynécologues**, les éléments à l'interrogatoire qui orientent vers la prescription de la rééducation :

- ❑ L'incontinence urinaire dans 76% des réponses

« incontinence urinaire », « fuites urinaires », « troubles urinaires », « incontinence urinaire d'effort »

- ❑ La macrosomie dans 23% des réponses

« gros bébé », « le poids »

- ❑ L'incontinence fécale dans 23% des réponses

« incontinence anale », « difficulté de retenue des gaz et selles », « fuites gaz »

- ❑ L'expulsion instrumentale dans 18% des réponses

« forceps », « instrumentation à l'expulsion », « les extractions instrumentales »

- ❑ Les troubles de la sexualité dans 12% des réponses

« dyspareunies », « gêne et douleurs aux rapports sexuels »

- ❑ La multiparité dans 6% des réponses

« 2<sup>e</sup> pare et plus »

### III.4 Éléments à l'examen clinique qui orientent vers la prescription

Pour les **médecins généralistes**, les éléments à l'examen clinique qui orientent vers la prescription de la rééducation :

- ❑ Le testing des releveurs du périnée dans 77% des réponses

« perte de tonicité », « atonie du périnée », « testing », « faiblesse du périnée », « déficit des releveurs », « testing du périnée »

- ❑ La béance vulvaire dans 19% des réponses

« béance vulvaire », « béance », « béance vaginale »

- ❑ Le prolapsus dans 16% des réponses

« prolapsus », « ptose utérine »

- ❑ Les déchirures ou l'épisiotomie dans 10% des réponses

« épisiotomie », « cicatrices », « déchirure éventuelle »

Pour les **sages-femmes**, les éléments à l'examen clinique qui orientent vers la prescription de la rééducation :

- ❑ Le prolapsus dans 64% des réponses  
« descente de l'utérus », « col à la vulve », « prolapsus du col », « colpocèle »
- ❑ La testing des releveurs de l'anus dans 50% des réponses  
« testing faible », « testing musculaire », « relâchement musculaire », « hypotonie périnéale », « relâchement des releveurs »
- ❑ La béance vulvaire dans 30% des réponses  
« béance vulvaire »
- ❑ Les déchirures ou l'épisiotomie dans 16% des réponses  
« déchirure », « cicatrice périnéale », « désunion cicatrice »

Pour les **gynécologues**, les éléments à l'examen clinique qui orientent vers la prescription de la rééducation :

- ❑ Le testing des releveurs du périnée dans 86% des réponses  
« testing moyen », « testing musculaire », « examen des releveurs », « testing du périnée », « testing musculaire »
- ❑ La béance vulvaire dans 36% des réponses  
« béance vulvaire », « déhiscence vulvaire », « périnée béant »
- ❑ Les déchirures ou l'épisiotomie dans 14% des réponses  
« épisio cicatricielle », « déchirures complexes »

#### IV Information adressée à la patiente

##### IV.1 Information adressée à la patiente sur les différentes techniques de rééducation

67% des **médecins généralistes** informent les patientes sur les différentes techniques de rééducation.

- ❑ Parmi ceux qui ne donnent pas d'information, 81% disent ne pas donner d'information par méconnaissance des techniques

« manque de formation », « je ne connais pas bien les différents techniques », « méconnues », « formation insuffisante », « connaissances insuffisantes »

90% des **sages-femmes** informent les patientes sur les différentes techniques de rééducation.

- ❑ Parmi celles qui ne donnent pas d'information, certaines estiment que le rééducateur donnera les informations

« c'est la sage-femme qui fera la rééducation qui donne les explications », « je laisse le soin aux professionnels de présenter à la patiente leurs techniques »

- ❑ ou bien 42% estiment avoir une mauvaise connaissance des différentes techniques

« ne connais pas toutes les techniques », « je ne connais pas l'avantage de l'une par rapport à l'autre », « je ne les connais pas »

- ❑ et d'autres encore en tant que salariées en suites de couches estiment que les informations données à la sortie de la maternité sont déjà trop nombreuses.

72% des **gynécologues** informent les patientes sur les différentes techniques de rééducation.

- ❑ Parmi ceux qui ne donnent pas d'information, 40% des gynécologues ne le font pas par manque de temps.

« pas le temps », « manque de temps »

- ❑ Ou bien 40% par manque de connaissance

« pas assez compétente pour les informer », « je ne les connais pas bien »

##### IV.2 Information adressée à la patiente sur les différents intervenants pouvant réaliser la rééducation

92% des **médecins généralistes** informent les patientes sur les différents intervenants pouvant réaliser la rééducation.

- ❑ Parmi ceux qui ne donnent pas d'information un médecin déclare ne pas savoir que la sage-femme pouvait faire ce type de rééducation.

« car pour moi il n'y a que le kiné qui fasse cela »

96% des **sages-femmes** informent les patientes sur les différents intervenants pouvant réaliser la rééducation.

- Parmi celles qui ne donnent pas d'information, certaines estiment que la sage-femme est la plus apte, la plus formée pour effectuer la rééducation périnéale du post-partum.

« j'estime que la sage-femme est la plus à même de pratiquer la rééducation périnéale »

94% des **gynécologues** informent les patientes sur les différents intervenants pouvant réaliser la rééducation.

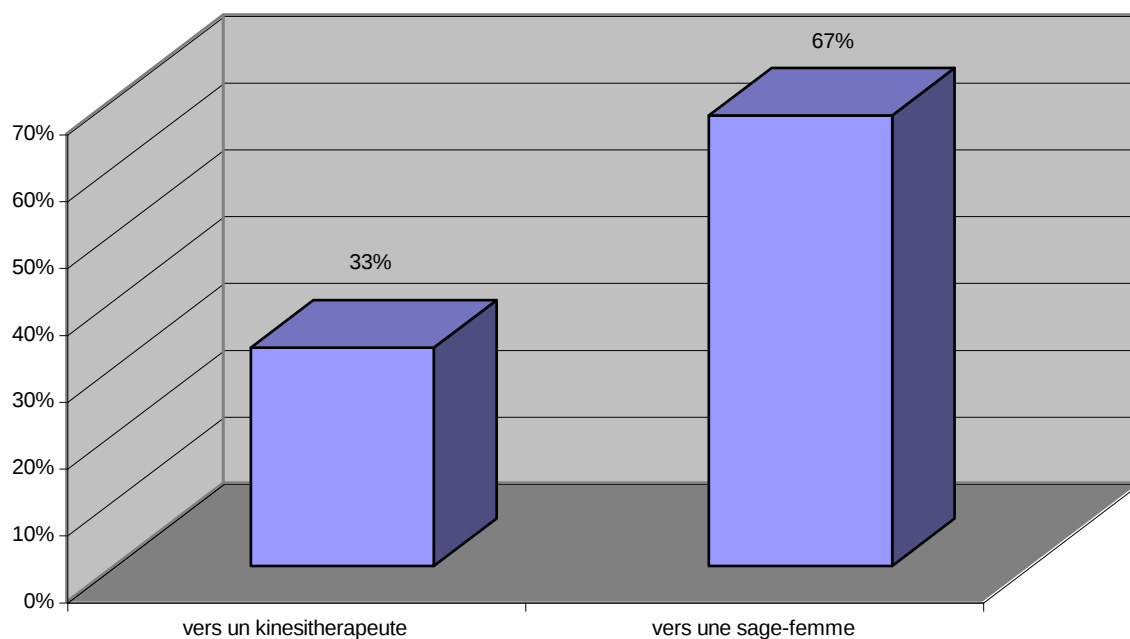
- Les gynécologues n'ont pas précisé la raison de leur non information.

## V Orientation

### V.1 Orientation vers un type de rééducateur

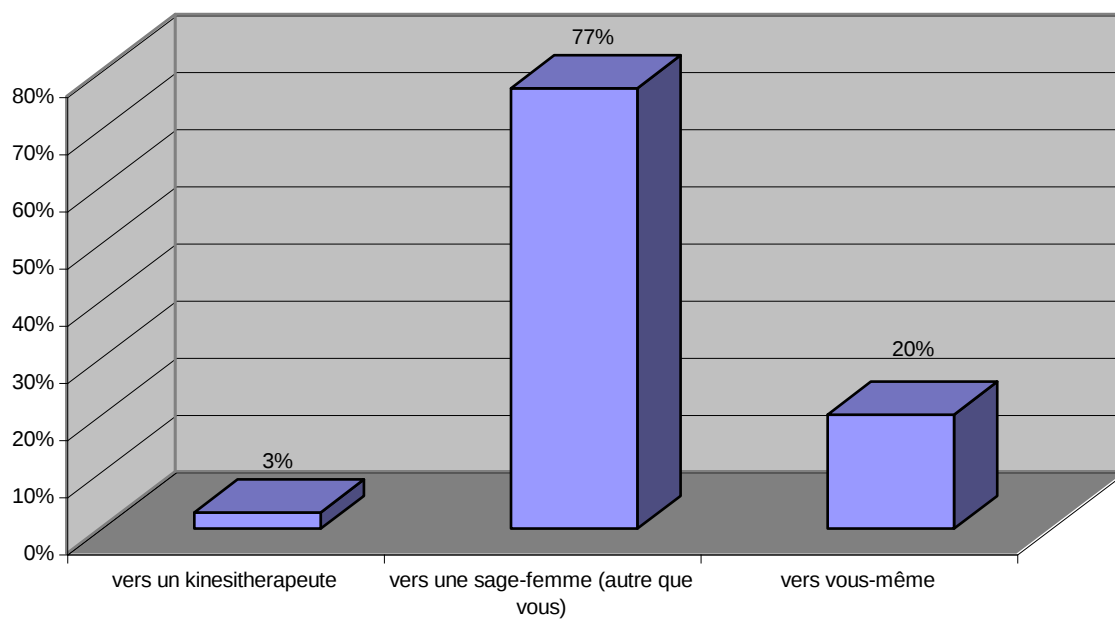
#### Les médecins généralistes

Orientation après prescription vers un rééducateur par les Médecins Généralistes

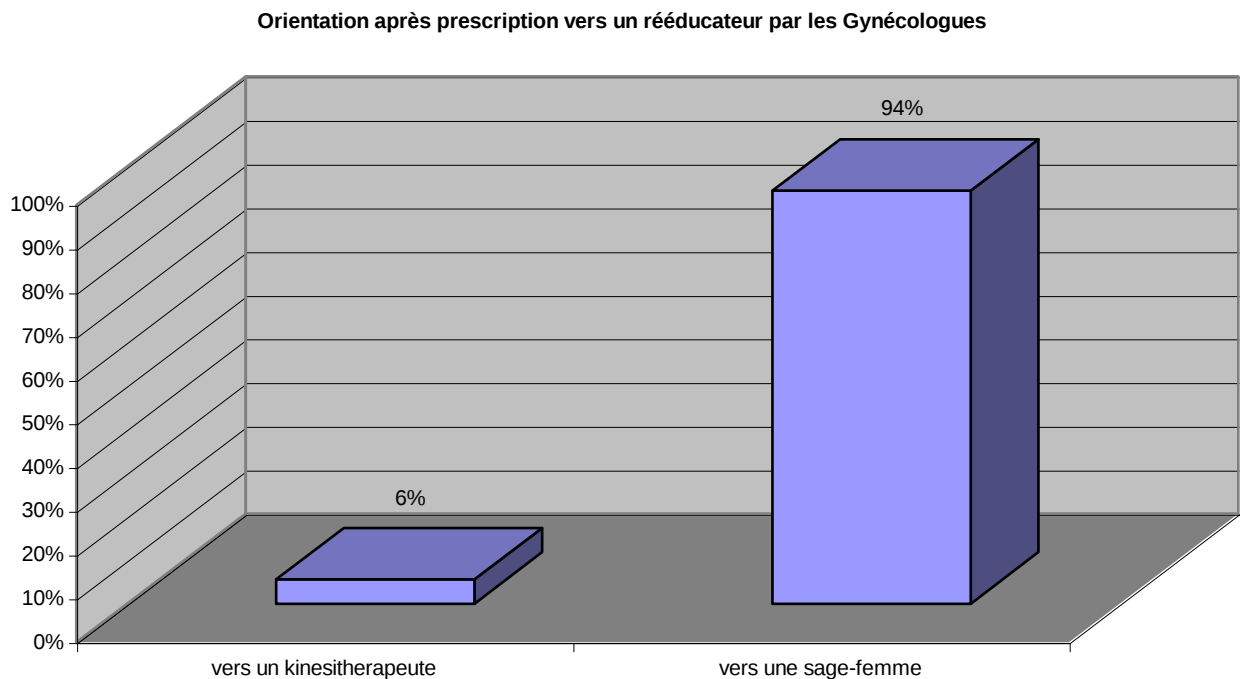


#### Les sages-femmes

Orientation après prescription vers un rééducateur par les Sages-Femmes



## Les gynécologues



### V.2 Raison de l'orientation

Pour les **médecins généralistes** la raison qui détermine leur choix d'orientation vers une type de ré éducateur est :

- ❑ Les secteur géographique dans 22% des réponses
- ❑ L'habitude dans 14% des réponses
- ❑ La pratique de la rééducation manuelle par les sages-femmes dans 12% des réponses
- ❑ Le genre féminin des sages-femmes dans 12% des réponses
- ❑ Au choix de la patiente dans 10% des réponses

Pour les **sages-femmes** la raison qui détermine leur choix d'orientation vers une type de ré éducateur est :

- ❑ La pratique de la rééducation manuelle par les sages-femmes dans 20% des réponses  
« méthode manuelle », « rééducation manuelle »
- ❑ La prise en charge globale possible de la mère et du nourrisson dans 14% des réponses  
« conseils sur le bébé », « pourront en plus revoir d'autres soucis tels que des difficultés dans l'allaitement avec cet intervenant », « conseils en plus »
- ❑ Au choix de la patiente dans 13% des réponses
- ❑ La continuité avec un seul intervenant avant, pendant et après la grossesse dans 12% des réponses

« un seul intervenant », « une relation de confiance », « connaît déjà cette personne », « il y a une continuité à faire la rééducation avec la même personne »

- ❑ Le secteur géographique dans 7% des réponses

« lieu de domicile », « proximité »

Pour les **gynécologues** la raison qui détermine leur choix d'orientation vers un type de rééducateur est :

- ❑ La pratique de la rééducation manuelle par les sages-femmes dans 18% des réponses

« rééducation manuelle »

- ❑ Le genre féminin des sages-femmes dans 17% des réponses

« plus de femmes »

- ❑ La continuité avec un seul intervenant avant, pendant et après la grossesse dans 11% des réponses

« les sages-femmes ont déjà été orientées vers une sage-femme pendant leur grossesse »,  
« vers la sage-femme qui l'a préparée à l'accouchement »

## **VI Intérêt du sujet**

### **Les médecins généralistes**

Les médecins généralistes sont intéressés pour 75% d'entre eux par le sujet de la rééducation.

- ❑ Ils sont intéressés pour leur pratique quotidienne pour certains

« parce que je suis médecin et curieux », « intéressée par la gynéco et pathologie féminine »

« 1/4 de ma pratique prof est de la gynéco obstétrique alors!! », « Parce que j'aime beaucoup de gynécologie »

« Comprendre les raisons des différentes pathologies et leurs corrections possibles est toujours utile. Même si mon activité ne me permet pas de prescrire de la rééducation périnéale du post-partum la science est toujours utile. »

« Sujet intéressant, souvent plein de question de la part des femmes dans le post partum... »

« informer au mieux les patientes », « description du mécanisme intéressante à connaître »

- ❑ Et pour l'avenir de leur patiente pour d'autres

« bien des ennuis gynéco dus aux accouchements pourraient être évités avec une rééducation du périnée bien faite » « pour la qualité de vie future de ces femmes »

« Parce que c'est de la Prévention »

« Importance du retour à une fonctionnalité antérieure, qualité de vie de la femme et du couple, prévention des prolapsus, éviter un geste plus lourd ultérieur, mieux connaître son corps », « l'accouchement est traumatisant pour la femme, autant réparer au mieux les tissus pelviens », « très souvent vers l'âge de 45 ans les femmes ont des problèmes d'incontinence urinaire et certaine se plaignent de problèmes lors des rapports sexuels après l'accouchement »  
« Problème récurrent tout au Long de la vie des femmes »  
« confort de vie, et permet de prévenir des incontinenances ou prolapsus... »  
« trop, systématique parfois, trop négligée souvent, on en voit les conséquences chez les femmes de ma génération », « impact sur les conséquences au moment de la ménopause »,  
« pour l'avenir des patientes et donc leur confort à terme »,  
« beaucoup de patientes ne voit pas l'intérêt de cette rééducation et ne la font, avec les conséquences connues ultérieures »

#### Les médecins généralistes ne sont pas intéressés pour 25% d'entre eux par le sujet de la rééducation

« pas de nouveauté depuis 30 ans ? », « intéressé ?? »  
« Je ne peux pas dire qu' il ne m' intéresse pas mais manque de temps ... »  
« la gynécologie n'est pas ma spécialité préférée dans l'ensemble et j'en fais très peu »  
« choix personnel », « manque de temps », « autres pôles d'intérêt »  
« souvent prescrit par les gynécologues et sages femmes »

#### **Les gynécologues**

#### Les gynécologues sont intéressés pour 70% d'entre eux par le sujet de la rééducation.

❑ Tous sont intéressés pour leur patientes uniquement

« fréquence des incontinenances urinaires lorsqu'on pose les questions aux patientes vers la ménopause »,  
« 10 séances de rééducation sont prescrites systématiquement aux accouchés lors de leur sortie de la maternité, séances qu'elles effectuent très généralement avec la sage femme libérale qui les a préparée à l'accouchement et utilise la technique qu'elle maîtrise. mon rôle se résume donc à vérifier si les séances ont été effectués et le résultat. je reçois d'ailleurs un CR détaillé de la part de la sage femme »  
« important pour nos patientes de retrouver un bon périnée, d'apprendre à améliorer ses performances pour son confort de vie »

« problème féminin très fréquent dans la période ménopausique dans la consultation gynécologique »

« à cause de la fréquence des troubles urinaires chez les femmes »

« continuité du suivi de grossesse et préalable à une ménopause tranquille!! »

« élément important dans le suivi et la prise en charge; nous sommes en première ligne des troubles sphinctériens »

« j'en ai prescrit longtemps mais uniquement si le testing des releveurs était faible soit inférieur à 3. la prescription à titre systématique est inutile et onéreuse pour l'assurance maladie »

#### Les gynécologues ne sont pas intéressés pour 30% d'entre eux par le sujet de la rééducation

« moyennement mais je fais toujours l'examen du périnée à la VPN »

« je préfère le suivi de grossesse clinique et écho », « pas le temps », « manque de temps »

« à part prescrire les séances on est peu concerné; cela concerne plus la sage-femme ou le kiné », « si les femmes après 20 ans ne savent pas commander leurs releveurs, la rééducation est souvent illusoire »

### **Les sages-femmes**

#### Les sages-femmes sont intéressées pour 90% d'entre elles par le sujet de la rééducation

- Elles sont intéressées pour leur pratique quotidienne pour certaines :

« La rééducation périnéale est une partie importante dans notre métier », « Compléter ma formation », « Parce que j'en fait depuis 16 ans », « partie intégrante de notre métier, réel besoin mais pour être efficace il faut être bien formée et cela demande disponibilité », « j'ai pratiqué la rééducation à l'hôpital pendant plusieurs années et suis persuadé de l'intérêt de celle ci »

- Et pour l'avenir de leur patiente pour d'autres

« très important dans la vie d'une femme de se connaître soi même, intérêt de la CMP pour s'auto rééduquer », « L'incontinence urinaire est un problème encore tabou pour les femmes. On est en première ligne pour leur en parler, leur dire qu'il existe des solutions pour les prévenir . », « elle est au cœur du bien être de la femme dans le post-partum, mais aussi dans sa vie sociale et sexuelle », « pour le bien être des femmes après un accouchement ; pour éviter un certain nombre de prolapsus »

« Méconnue par les patientes, la simple connaissance du périnée, de maîtrise de leur périnée peut être un atout majeur pour elles », « elle est, selon moi, importante pour préserver son corps de femme et éviter les désagréments à court/moyen et long terme des grossesses et accouchements », « sujet important pour la vie des femmes, prévention pouvant éviter des actes chirurgicaux », « Il a une importance pour permettre au femme de mieux connaître leur corps », « indispensable de s'en préoccuper précocement pour éviter les désagréments à un âge plus avancé... », « Sensibilisation des femmes pour leur avenir ,sujet mal connu »

« Toutes les femmes sont concernées, au moment de l'accouchement mais malheureusement aussi parfois plus tard »

« Le périnée est très important dans la vie d'un individu (anatomie et symboles), il est très important de savoir en prendre soin. »

« la compréhension des différents composants du périnée. informer les femmes. leur donner la possibilité de maîtriser leur corps »

« prévention, temps d'échanges pour reparler d'un vécu difficile d'accouchement ou difficultés que peuvent rencontrer jeunes mamans, se réapproprier son corps, prévention des troubles sexuels. », « Importance de la prévention et correction des troubles de la statique pelvienne »

« beaucoup de femmes souffrent de troubles périnéaux à plus ou moins long terme »

« la femme qui vient d'accoucher , doit la pratiquer en post natale afin de prévenir une éventuelle incontinence urinaire ou anale à plus ou moins brève échéance »

« Très important dans la vie des femmes et qui peut être très difficile a gérer lorsqu'il y a un problème », « cela fait partie pour la femme et le couple d'une manière de réinvestir son corps et a rapport avec la vie de couple »

« c'est important pour la femme afin de prévenir de possibles problèmes d'incontinence à plus ou moins brèves échéances », « sujet important dans la santé des femmes. l'incontinence est un réel problème longtemps vécu comme une fatalité »

« c'est une nécessité pour le bien être médical mais aussi à terme psychique pour la femme et le couple »,« Très important dans la vie des femmes », « Le périnée est un fondamental du corps de la femme », « Il est primordial, pour moi une rééducation bien, mal ou non faite peu avoir des conséquences pour les femmes tout au long de leur vie », « important pour le bien-être des femmes », « retentissements à moyen/long terme chez les femmes possible à prévenir sans recours à la chirurgie bien souvent si prise en charge précoce des "troubles" périnéaux »

### Les sages-femmes ne sont pas intéressées pour 10% d'entre eux pas le sujet de la rééducation

« je reste dubitative quant à l'efficacité réelle de la rééducation faite à un moment t mais qui devrait être entretenue toute la vie par le sport etc. .. sinon on perd rapidement les bénéfices sur le long terme (selon mon avis) », « Je suis à une période de ma carrière ou ce sujet m'intéresse pas plus que ça », « pas de possibilité de la pratiquer au sein de mon établissement », « non, "en ce moment" de ma carrière mais intéressée, et je la trouve très importante à prescrire », « Étant sage-femme hospitalière, je ne pratique pas la rééducation » « Je ne pratique pas de rééducation, c'est important mais ce n'est pas un sujet qui me passionne !! », « Je ne vois pas les femmes pendant cette période mais plutôt pendant leur grossesse et accouchement donc peu intéressée par le sujet ».

## **PARTIE 3- DISCUSSION**

### **I Discussion de la méthode**

#### **I.1 Le questionnaire**

##### **Qualités**

Le choix d'un questionnaire concis et facile à remplir nous a permis d'obtenir un pourcentage relativement élevé de répondants, et ce malgré le peu de disponibilité des personnes interrogées que ce soit en ville comme à l'hôpital dans le cas des sages-femmes et des gynécologues.

Le choix d'un questionnaire électronique pour les sages-femmes s'est révélé très efficace et a permis d'obtenir plus de 60% de taux de participation. Ce taux élevé peut certainement s'expliquer par le sujet en lui-même de « la rééducation du périnée du post-partum » qui concerne directement les sages-femmes dans leur pratique ; mais peut également s'expliquer par la méthode électronique chez cette population particulièrement jeune. En effet, 60% des sages-femmes ont moins de 40 ans. Par ailleurs, on peut se demander si le sexe des répondants n'a pas un impact sur le taux de réponse dans ce type de sujet car 96% des sages-femmes sont des femmes.

Par ailleurs, le choix d'un questionnaire électronique avec une majorité de questions à réponses obligatoires nous a permis d'obtenir des questionnaires analysables en totalité de la part des sages-femmes.

##### **Limites**

###### **❑ La forme du questionnaire**

Cependant, l'enquête sur le terrain révèle quelques imperfections.

Nos questionnaires étaient principalement composés de questions ouvertes. Ce type de questions présente l'avantage de ne pas être un interrogatoire de connaissances mais peut parfois être à l'origine d'un nombre élevé de non-répondeurs. C'est ce qui s'est justement passé pour les médecins généralistes.

Les médecins généralistes ont souvent des consultations chargées et sont fréquemment sollicités pour des enquêtes (laboratoires pharmaceutiques, enquêtes dans le cadre de travaux scientifiques, nombreuses thèses médicales et mémoires para-médicaux...).

Nous avons commencé l'envoi des questionnaires auprès des sages-femmes en premier lieu si bien que devant un taux élevé de réponses par un moyen électronique, nous avons décidé de

procéder de même pour les médecins généralistes. Mais devant un très faible taux de réponses, nous avons décidé de faire une relance téléphonique de chaque médecin généraliste ce qui n'a pas été plus efficace sur le taux de réponses. Les médecins généralistes nous ont répondu être soit débordés et submergés par les questionnaires en tous genres, soit pour certains tout simplement non équipés en système informatique.

Le choix d'un questionnaire anonyme et électronique ne permettait pas de faire de relance ciblée auprès des participants n'ayant pas répondu et n'a donc pas permis d'obtenir plus de réponses.

#### □ Le contenu du questionnaire

Les questions concernant les éléments à l'interrogatoire et l'examen clinique (Annexe 1,2 ou 3, item 8 et 9) orientant vers la prescription faisant suite à la question sur une éventuelle systématisation de la prescription étaient probablement mal posées ; ceux qui avaient signifié prescrire de manière systématique répondaient quand même sur des éléments pouvant les orienter sur une éventuelle prescription.

La question concernant l'orientation vers un type de ré éducateur (Annexe 1, 2 ou 3, item 12), aurait dû avoir un item réponse pouvant être « les 2 » car un certain nombre de participants n'a pas coché de réponse mais a expliqué par écrit l'orientation non préférentielle retenue.

La dernière question s'adressant aux professionnels concernant « l'intérêt pour eux du sujet de la rééducation » (Annexe 1, 2 ou 3 , item 13) semble assez fréquemment être passée inaperçue. Sa position en fin de questionnaire, peut expliquer le nombre de personnes qui ne se sont pas prononcées ; d'autre part même pour ceux ayant répondu, une mauvaise interprétation de la question a abouti non pas à un avis pour eux-mêmes en tant que professionnel de santé ayant des préférences et intérêts propres dans leur pratique, mais à un avis de l'intérêt pour leurs patientes. Cette question n'a donc pas pu être interprétée devant des réponses trop disparates.

## I.2 Les échantillons

### **Les médecins généralistes**

Les médecins généralistes qui ont participé à l'enquête représentent environ 15% (61/404) des généralistes « sans orientation particulière » de la zone étudiée. On ne peut pas considérer qu'ils sont un échantillon représentatif de la Sarthe.

### **Les gynécologues**

Les gynécologues qui ont participé à l'enquête représentent environ 57% (20/35) des gynécologues de la zone étudiée. On peut considérer qu'ils sont un échantillon représentatif de la Sarthe.

### **Les sages-femmes**

Les sages-femmes qui ont participé à l'enquête représentent environ 62% (90/145) des gynécologues de la zone étudiée. On peut considérer qu'ils sont un échantillon représentatif de la Sarthe.

## **II      Discussion des résultats**

### **II.1    Les échantillons**

#### **Les médecins généralistes**

Nous pouvons essayer d'établir une comparaison des données socio-démographiques des médecins investigateurs à celles des médecins généralistes du département de la Sarthe. Dans notre étude, la tranche d'âge prédominante des médecins représentés était celle entre 50 et 60 ans (33%), et les hommes représentaient la majorité de l'échantillon (52%).

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les médecins généralistes qui exercent en activité régulière le 1<sup>er</sup> janvier 2013 dans le département de la Sarthe sont âgés en moyenne de 54 ans et le pourcentage d'hommes médecins généralistes dans le département est de 64%.  
(17)

En ce qui concerne leur formation en gynécologie, 78% des médecins généralistes disent ne pas avoir de formation en gynécologie.

Parmi ceux qui disent avoir une formation en gynécologie, pour 57% d'entre eux elle a lieu pendant leur formation initiale lors de l'internat, et pour 43% d'entre eux sous forme de FMC. La même impression ressort de la plupart des thèses ayant abordé le sujet, en particulier celle de Mme C Casals qui relève que les MG sont majoritairement (à 57%) insatisfaits de leur connaissance en gynécologie.(18)

L'activité obstétricale est très variable dans notre échantillon.

Quatre praticiens ne reçoivent aucune patiente enceinte en consultation sur une année, et ils sont cinq à en voir au moins 20 par an et la plupart moins de 10 par an (60%).

Onze ne font aucune visite post-natale sur une année, et sont seulement 2 à en faire plus de 20 par an.

La plupart en effectue moins de 10 par an (67%).

L'enquête de périnatalité 2010 révèle que 4,7% des femmes font leur suivi intégral chez leur médecin généraliste, 66,8% avec un gynécologue-obstétricien, 11,7% avec une sage-femme et 16,8% avec plusieurs professionnels. A titre de comparaison, en 1981, date à laquelle on avait des données très voisines grâce à une autre enquête nationale, on constate néanmoins une diminution importante du rôle des généralistes, qui étaient consultés au moins une fois par 53% des femmes enceintes.(19)

Les femmes enceintes sont donc très peu « suivies » actuellement par leur médecin généraliste. Il aurait pu être intéressant de faire préciser aux médecins généralistes jusqu'à quel mois de grossesse ils effectuaient généralement le suivi.

### **Les gynécologues**

Dans notre étude, 45% des participants ont entre 50 et 60 ans.

Dans notre étude, les femmes représentent la majorité de l'échantillon environ 55% .

Il existe 35 gynécologues sur le département de la Sarthe dont 20 hommes (60%).

Nous n'avons pas fait dans notre étude de distinction entre les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux.

Selon des statistiques de la DREES au 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'âge moyen des gynécologues médicaux dans la région des Pays de la Loire est de 57,6 ans et l'âge moyen des gynécologues obstétriciens est de 46 ans.

Nous n'avons pas voulu sélectionner les participants à l'étude selon leur sexe, ou leur localisation géographique d'exercice pour éviter un biais de recrutement. Les femmes

gynécologues ont cependant plus répondu que les hommes : les médecins femmes peut-être plus intéressées par le sujet, ont davantage répondu que les médecins hommes.

L'échantillon étant petit, il n'est donc pas possible de savoir si cette différence est significative ou non.

### **Les sages-femmes**

Dans notre étude, la tranche d'âge prédominante des sages-femmes représentées était celle des moins de 30 ans (34%), et les femmes constituaient la majorité de l'échantillon (96%). Par ailleurs, dans notre étude les sages-femmes libérales représentent 22% de l'échantillon

D'après le conseil de l'ordre des sages-femmes de la Sarthe, il y a 145 sages-femmes inscrites au conseil de l'ordre dont 36 sages-femmes libérales(25%). Les femmes représentent 96% dans les inscrits au conseil de l'ordre.

La place des sages-femmes dans le suivi de grossesse s'accroît nettement. Dans l'enquête sur les naissances en 2010, on notait un changement sensible par rapport à 2003 sur la pratique des sages-femmes ; avant cette date, elles n'étaient pas autorisées à faire la première visite prénatale. En 2010, 5,4 % des femmes ont consulté une sage-femme au moment de la déclaration de grossesse.

De plus, par rapport à 2003, on constate une augmentation des consultations par une sage-femme puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 % et celui d'une sage-femme hors maternité de 5,0 % à 19,8 %.(19)

Une grande proportion de sages-femmes salariées (78%) dans l'échantillon peut être une explication à la fréquence annuelle limitée des suivis de grossesse et des visites post-natales réalisées. En effet, les sages-femmes salariées peuvent être des sages-femmes de salle d'accouchement, de suites de couches...

### **II.2 Cadre législatif**

Le conseil d'état a publié au journal officiel du 16/02/1992 le décret n°92-143 du 14/02/1992 relatif aux examens obligatoires. L'article 4 de ce décret précise : « un examen médical post-natal doit être obligatoirement effectué dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement ». Il est donc obligatoire.

L'assurance maternité ne prend en charge à 100 % les frais médicaux (liés ou non liés à la

grossesse) que pendant la période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement (article L.331-2 du code de la sécurité sociale en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2004)

Cependant, l'arrêté du 23 décembre 2004 fixe la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité, quelle que soit la date de leur réalisation, y compris en dehors de la période précitée et prévoit entre autres « les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne ». (annexe 8)

Leur remboursement se fera donc à 100 % dans le cadre de l'assurance maternité, sans limitation ni dans le temps, ni dans le nombre de séances.

La sage-femme peut effectuer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement (article R.4127 du code de la santé publique, JO du 18 octobre 2006) (annexe 4). Elle est donc habilitée à réaliser la rééducation uro-gynécologique sans limite d'âge chez toutes les patientes ayant accouché.

Les kinésithérapeutes sont également habilités à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne dans le cadre du post-partum, mais au delà de 90 jours après l'accouchement, pour qu'il puisse y avoir une prise en charge à 100 % par l'assurance maternité. 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.

De plus avant 2001, la cotation des actes favorisait la rééducation par électrostimulation par rapport à la rééducation manuelle. En effet, le tarif était supérieur lors d'électrostimulation. Actuellement, la cotation est identique quelque soit la méthode.

### II.3 Prescription systématique de la rééducation

Dans notre étude, la proportion des prescriptions systématiques de la rééducation par les différents prescripteurs est relativement élevée ; 59% pour les sages-femmes, 40% pour les médecins généralistes et 33% pour les gynécologues.

Au cours de ces dernières années, la rééducation périnéo-sphinctérienne s'est imposée dans le traitement des symptômes de la pathologie pelvi-périnéale et des troubles du bas appareil urinaire. Recommandée en France, quasi systématiquement dans le cadre du post-partum, sa vulgarisation risque prochainement de dénaturer son indication initiale. C'est pour cette raison

qu'Alain Bourcier propose de procéder à une bonne sélection des patients et de les confier à des professionnels de santé qualifiés. Il établit un questionnaire de qualité de vie (Annexe 9), dédié dans le cadre du post-partum qui permet à la femme accouchée de répondre à des questions simples sur les 3 fonctions pouvant être altérées : uro-gynécologique, ano-rectale et sexuelle. Dès que le score est supérieur à la valeur limite symptomatologique, un QQV plus détaillé complété d'un bilan musculaire périnéal lui sera recommandé entre 8 et 10 semaines après l'accouchement.(10)

Notre étude retrouve une proportion de 40% de prescription systématique chez les médecins généralistes de la Sarthe. Cette proportion élevée est soulignée par la plupart des thèses ayant abordé le sujet, en particulier celle de Mme C. Dittenit qui relève que les MG prescrivent à 50% de manière systématique la rééducation du périnée.(22)

Notre étude révèle une proportion importante de prescription systématique de la rééducation chez les sages-femmes. Elle met en avant, outre la prévention de l'incontinence urinaire comme le font eux-mêmes les médecins généralistes et les gynécologues, un rôle éducatif et un rôle de connaissance de soi.

On peut se demander si le sexe du prescripteur n'influe pas sur sa pratique. On remarque que les sages-femmes, presque exclusivement des femmes, prescrivent très souvent de manière systématique la rééducation du périnée.

On peut également se demander si l'âge du prescripteur n'influe pas sur la pratique de prescription.

On peut également se demander si cette prescription systématique n'est pas aussi due à des raisons économiques, les sages-femmes étant à la fois prescripteur et rééducateur tandis que les médecins généralistes et gynécologues ne sont que prescripteurs.

Une des raisons probables de cette forte prescription systématique chez les sages-femmes vient de la proportion importante des sages-femmes salariées de notre étude (78% de sages-femmes salariées ou à activité mixte) dont une grande partie sont des sages-femmes de suite de couches. La prescription à la sortie du secteur mère-enfant est systématiquement faite dans les maternités de la Sarthe à toutes les accouchées.

Cette prescription systématique met en évidence le large champ d'action en matière d'évaluation clinique et thérapeutique laissé aux rééducateurs, sages-femmes et

kinésithérapeutes, par les prescripteurs. Est-ce par manque d'intérêt, par manque de temps ou par manque de compétences que les prescripteurs délaissent cette évaluation du périnée ?

Notre étude, d'effectif limité, ne nous permet pas de réaliser d'analyse statistique mais il pourrait être intéressant de mettre en évidence les déterminants, s'ils en existent, de la prescription de rééducation du périnée selon le sexe et selon l'âge du prescripteur.

Mme C. Dittenit, dans sa thèse(22), conclut que devant ses résultats, l'exercice de la consultation post-natale, et donc aussi de la prescription de la rééducation du périnée lors de cette même consultation, ne met pas en évidence de différence de prescription selon le sexe du médecin en Loire-Atlantique.

Avant la distribution des questionnaires, nous voulions obtenir plus de précisions sur la part réelle de chaque type de prescripteur dans les rééducations effectuées dans la Sarthe mais nous n'avons pas réussi à avoir cette réponse après avoir sollicité une deuxième fois la CPAM.

#### II.4 Facteurs de risque à l'interrogatoire et à l'examen clinique

Dans notre étude l'incontinence urinaire est l'élément le plus souvent cité à rechercher à l'interrogatoire selon les prescripteurs. Par ailleurs, dans notre étude les prescripteurs mettent également en avant la pratique du testing pour évaluer cliniquement le périnée et la nécessité d'une rééducation.

En effet, selon les recommandations de l'ANAES de 2002 dans le cadre du post-partum (3), l'évaluation de l'incontinence est un élément essentiel pour l'élaboration d'une stratégie thérapeutique. En cas d'incontinence, il est recommandé de compléter l'interrogatoire par l'examen clinique : l'examen loco-régional, l'examen neurologique , l'évaluation manuelle de la force musculaire périnéale.

Certains auteurs (20) se sont demandé si le testing clinique était un test fiable ; ils ont voulu prouver la fiabilité par une étude prospective, randomisée, en simple aveugle, comparant l'évaluation clinique de la contraction musculaire des releveurs à celle apportée par l'utilisation d'un périnéomètre. Sur 278 patientes contactées, 263 ont accepté et ont été incluses dans l'étude. Elles ont toutes été interrogées et examinées (testing) par le même investigateur qui a coté la contraction des releveurs. Un autre examinateur n'ayant pas accès

aux résultats de l'évaluation clinique a ensuite utilisé un périnéomètre et mesuré la contraction musculaire( selon l'échelle de 0 à 12) fournie par l'appareil.

La distribution et la comparaison des résultats apportés par les 2 méthodes démontrent une excellente concordance entre la mesure par la périnéomètre et le testing clinique.

D'autres éléments sont régulièrement cités dans l'étude comme des critères à l'interrogatoire pouvant orienter vers la prescription de la rééducation comme : la multiparité, la macrosomie, l'expulsion instrumentale, l'incontinence fécale, les troubles de la sexualité, les douleurs périnéales.

Les facteurs de risque d'incontinence urinaire sont difficiles à évaluer car ils sont très nombreux et selon les études ne sont pas toujours identiques.

Selon des recommandations éditées par Leriche et Conquy en 2010, on détecte les facteurs de risque périnéal et d'incontinence potentielle : enfant de poids naissance supérieur à 3 kg 500, périmètre crânien supérieur à 35 cm, déchirure périnéale, accouchement par le siège, extraction instrumentale et incontinence urinaire avérée du post-partum.(13)

De plus, Fritel en 2013, essaie d'établir une liste des facteurs de risque obstétricaux spécifiques de l'incontinence urinaire quatre ans après le premier accouchement en faisant une étude sur 627 femmes interrogées par un questionnaire : 22% des femmes avaient une IU isolée, les facteurs de risque associés à l'IU isolée étaient un âge (au premier accouchement) supérieur ou égal à 30, une IU préexistante, et une IU de la grossesse .(14)

Par ailleurs, selon I. Aubin il y a moins d'incontinence chez la nullipare que chez la multipare. La première grossesse et le premier accouchement sont déterminants. Le taux d'incontinence urinaire ne progresse pas significativement avec le nombre d'accouchements. Certaines pratiques obstétricales : l'induction du travail par des prostaglandines, les efforts expulsifs avant la dilatation complète, l'expression abdominale musclée, la déchirure périnéale ou l'épisiotomie trop tardive, la vessie pleine avant l'expulsion.(15)

La prévalence de l'IUE chez la primipare, dans la plupart des études, oscille autour de 4% avant la grossesse, entre 30 et 35% en fin de grossesse, autour de 20% dans le post-partum précoce-avec 5 à 12% d'IU de novo-et autour de 3% à 1 an.(16)

En ce qui concerne les troubles de la continence anale dans le post-partum, leur pourcentage varie de 3,1% à 8,6% selon les études. Ce pourcentage dont il faut distinguer à la fois

l'incontinence aux selles solides ( la prévalence se situe entre 0,6% et 3,1%) et à la fois l'incontinence aux gaz (le pourcentage est plus élevée allant jusqu'à 25%).

L'incontinence urinaire est encore largement sous-estimée par les patientes et les médecins. En effet, les patientes taisent leurs symptômes par gêne ou manque d'information sur la pathologie et sa prise en charge. Les médecins, quant à eux, ne recherchent pas systématiquement cette plainte même en présence de facteurs de risque. Ce n'est donc qu'en cas de symptômes invalidants que les patientes consultent. Ces aspects rendent la prévalence difficile à évaluer. La non-pertinence de l'interrogatoire et la non-reproductibilité des réponses des patientes ont conduit à l'utilisation d'outils spécifiques pour une appréciation plus objective de l'incontinence urinaire.

Aucun prescripteur de notre étude n'a signalé réaliser une mesure de l'incontinence urinaire.

Tandis que les recommandations (3) préconisent de procéder à une mesure de l'incontinence .

Le prescripteur peut réaliser :

- ❑ des questionnaires de symptômes : comme le score USP : Urinary Symptom Profile (Annexe 6 ). Ce questionnaire dont les items portent sur l'intensité et la fréquence des symptômes urinaires au cours des 4 dernières semaines, est un auto-questionnaire développé par l'association française d'urologie qui permet de définir le type d'incontinence dont souffre la patiente et d'en donner un ordre de sévérité ; ou le score MHU : mesure du handicap urinaire .Ce questionnaire classe les patientes selon le type de symptômes ressentis en 7 catégories mais n'en évalue pas le retentissement.
- ❑ des questionnaires de qualité de vie : le questionnaire Contilife explorant le retentissement de l'incontinence et comporte 28 items ce qui le rend difficilement utilisable en pratique quotidienne ou l'échelle Ditrovie.
- ❑ Le calendrier mictionnelle : sa réalisation sur 3 jours semble être la durée optimale en terme de compliance, de reproductibilité et de sensibilité. Il permet au delà de l'évaluation des symptômes une prise de conscience par la patiente de certains comportements. Ce document doit présenter le plus de renseignements possibles ( heures des mictions et fuites, volumes des mictions, changement de protection, événement, le type et volume des boissons ingérées).

Selon les recommandations (3), la rééducation du post-partum doit être globale avec un abord périnéo-sphinctérien , un abord pelvi-rachidien et un abord de la sangle abdominale.

Certains auteurs (4) proposent au terme de l'interrogatoire et du bilan clinique de définir 3 groupes de patientes afin d'établir des pratiques communes de prescription. (Annexe 10).

## II.5 Information des patientes des techniques et rééducateurs

Dans notre étude, les prescripteurs informent très majoritairement les patientes des différents rééducateurs mais pour les médecins généralistes et les gynécologues seulement 2/3 d'entre eux informent les patientes sur les différentes techniques.

L'information des patientes est primordiale pour une prise en charge optimale des troubles de l'incontinence urinaire et ainsi limiter au maximum une inobservance qui pourrait être due à une incompréhension de l'importance de la rééducation périnéale. Ainsi l'INPES édite en mai 2010 une fiche de santé sur la rééducation du post-partum et précise l'information devant être faite par les professionnels de santé. (11)

Cette fiche donne des axes possibles :

- Expliquer le rôle du périnée, sa place anatomique.
- Informer sur le contenu de la rééducation postnatale, les différents exercices et techniques pratiqués, leur niveau de preuve.
- Rappeler en particulier que la rééducation périnéale avec sonde vaginale n'est pas systématique, de même que la technique par toucher vaginal.
- Rassurer sur l'existence de différentes possibilités chirurgicales en cas de problèmes survenant plus tard

Certains prescripteurs expliquent ne pas informer des techniques et des types de rééducateurs par manque de temps ou manque de connaissance. Certains précisent qu'ils préfèrent laisser au rééducateur la mission d'information des techniques. Il nous semble pourtant important que l'information soit donnée non seulement par le thérapeute lors de la première séance mais aussi par le médecin prescripteur afin de ne pas prendre au dépourvu les patientes lors de la rencontre avec le rééducateur.

En Sarthe, 62% des accouchées n'ont pas effectué de rééducation du post-partum en 2012. Cette proportion paraît très importante comparée au taux de prescription de la part des prescripteurs. Une hypothèse concernant les raisons de non-observance serait le manque

d'informations reçues par les patientes sur le périnée, la rééducation périnéale :ses techniques et ses rééducateurs ; une autre hypothèse pourrait être qu'elles ont considéré de ne pas en avoir besoin.

L'éducation thérapeutique est un élément essentiel pour favoriser l'adhésion à la rééducation périnéale. Elle doit faire partie intégrante du traitement de l'incontinence urinaire. Afin de maintenir les bénéfices à long terme de la rééducation, il est nécessaire que les patientes poursuivent les exercices à domicile, ce qui implique qu'elles doivent adhérer à la rééducation et comprendre ses enjeux.

## II.6 Choix du rééducateur

Les gynécologues de l'étude adressent dans 94% des cas à une sage-femme ; les sages-femmes adressent dans 97% des cas à une autre SF ou vers elle-même ; les médecins généralistes adressent dans 66% des cas vers une sage-femme.

Selon les données fournies par la CPAM de la rééducation du post-partum dans le département de la Sarthe, 99% des rééducations sont réalisées par des sages-femmes pendant l'année 2012. En comparaison aux résultats de notre étude, on peut donc imaginer que les femmes ne suivent pas la prescription de leur médecin généraliste les orientant dans 34% des cas vers un kinésithérapeute ou bien qu'elles font partie des patientes ne réalisant pas de rééducation.

La rééducation périnéale est faite soit par des sages-femmes soit par des kinésithérapeutes. Cependant, il est parfois difficile pour les femmes de trouver un thérapeute spécialisé offrant la totalité des techniques requises pour ce type de prise en charge.

Peu de kinésithérapeutes ont reçu une formation théorique et pratique nécessaire à la rééducation périnéale. Mais à l'heure actuelle, un kinésithérapeute intéressé par ce domaine peut demander une formation complémentaire spécifique.

Un rapport sur l'incontinence urinaire élaboré en 2005 proposait la mise en place d'un réseau national des professionnels de santé spécialisés en rééducation périnéale. Ce réseau qui devait associer des kinésithérapeutes, ou des sages-femmes devait être ouvert à tous les

professionnels qui en auraient fait la demande et qui auraient pu justifier d'une formation initiale et/continue validée dans ce domaine. (12)

Ce réseau devait permettre :

- une meilleure coordination entre médecin prescripteur et le rééducateur
- la coordination des praticiens rééducateurs entre eux autour d'outils communs et de pratiques communes.

A ce jour, à notre connaissance ce réseau n'existe pas. Notre difficulté principale au début de notre travail a été de s'adresser aux personnes compétentes et concernées par ce sujet.

Ainsi, avoir accès facilement aux kinésithérapeutes pratiquant de la rééducation périnéale du post-partum n'est pas possible actuellement.

On peut également se demander quelle est la raison de cette différence d'orientation vers un type de rééducateur entre les médecins généralistes d'une part, et les sages-femmes et gynécologues d'autre part. Certains généralistes ont répondu orienter par habitude. Il pourrait être intéressant de réinterroger les médecins dans quelques années pour évaluer les changements de pratique de prescription à distance.

Une des principales raisons invoquées par les prescripteurs d'orientation vers une sage-femme de manière préférentielle est la pratique de la rééducation manuelle et non la rééducation instrumentale. Elle consiste à faire travailler par la patiente la contraction du périnée avec contrôle par le rééducateur de la tenue, de la force et de la fatigabilité par un toucher vaginal.

Quels que soient la technique et le type de rééducateur choisis, il existe un outil de communication entre les différents intervenants au cours de la grossesse et du post-partum : le carnet de santé maternité selon un arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse. Concernant la période post-natale, l'agenda de la grossesse dans le carnet indique une visite post natale entre la 6<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine de grossesse et la possibilité de 10 séances de rééducation périnéale remboursées par la sécurité sociale.

Le carnet de santé constitue un lien, un moyen de communication entre les différents intervenants, un moyen de véhiculer les informations sur la patiente.

Cet outil est cependant bien peu utilisé par les professionnels de santé et par les patientes également.

Dans la Lettre d'information de la HAS de juillet-septembre 2014 est mentionné le *Parcours de soins en périnatalité : pour une prise en charge optimale de la mère et de l'enfant*. Ce parcours d'après l'HAS se structure en cinq étapes : avant la conception; la période anténatale; l'accouchement et le séjour à la maternité ; le suivi postnatal précoce à domicile ; enfin, l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans les mois suivant la naissance.(23)

Dans cette lettre il est question d' :

*Assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital, coordonner les interventions des acteurs concernés, prendre en compte l'incidence sur la santé d'éléments comme l'environnement, le mode de vie, le milieu socioprofessionnel... Tels sont les enjeux du parcours de soins.*

*L'objectif recherché, outre une meilleure efficacité du système de santé, est d'assurer au patient une prise en charge globale et sans rupture, au plus près de son lieu de vie et la mieux adaptée à sa situation.*

## CONCLUSION

La grossesse et l'accouchement sollicitent le périnée et sont souvent les causes de troubles fonctionnels, de douleurs et de gênes. En effet, la prévalence de l'incontinence urinaire, de l'incontinence anale et des troubles de la vie sexuelle s'accroît en post-partum. Il s'agit là d'un réel problème de santé publique.

La rééducation du périnée du post-partum permet de renforcer le tonus musculaire, d'atténuer les douleurs périnéales et de diminuer la fréquence de l'incontinence urinaire à court terme.

Des recommandations existent et définissent un cadre de prise en charge des patientes nécessitant une rééducation.

Elle n'est pas systématique et sa prescription est déterminée par les symptômes observés cliniquement ou cités par la patiente.

L'enquête menée auprès des sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues de la Sarthe montre que la prescription systématique existe et de manière plus importante chez les sages-femmes pour une raison préventive ou éducative principalement. La raison non explicitée reste administrative avec la prescription systématique en suite de couche par les sages-femmes. Cette pratique existe depuis plusieurs années et a tendance à se généraliser à toutes les maternités au détriment de la consultation post-natale, et d'une information adaptée, éclairée, réalisée au bon moment.

La limite principale de notre étude est la représentativité de l'échantillon des médecins généralistes : Il existe un biais dû aux trop nombreux non-répondants.

Il existe un biais de sélection important en ce qui concerne les sages-femmes : en effet il est certainement difficilement dissociable de répondre à la fois à un questionnaire sur sa pratique de prescription et à la fois sur sa pratique en tant que rééducateur.

L'interrogatoire et l'examen clinique, ainsi que leurs conséquences en matière de prise en charge thérapeutique rééducative sont abordés par ce questionnaire.

Les réponses obtenues mettent en évidence que l'incontinence urinaire retrouvée à l'interrogatoire est un élément prépondérant de prescription ainsi qu'un testing faible lors de l'examen clinique.

Durant la grossesse et après l'accouchement, les femmes rencontrent régulièrement des professionnels de la naissance, des sages-femmes et/ou des gynécologues-obstétriciens, des médecins généralistes : lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, des consultations prénatales, des consultations en urgence, en salle de naissances, en suites de couches, à la consultation post-natale... Ces professionnels sont des interlocuteurs privilégiés. Les patientes les voient au moins une fois par mois. Une relation de confiance doit s'instaurer pour permettre aux patientes d'aborder avec le praticien l'existence de troubles périnéo-sphinctériens.

La consultation post-natale obligatoire est un acte de prévention dans la mesure où elle a lieu à date fixe pour toutes les patientes. La médecine de prévention n'est efficace que lorsqu'elle passe par une information de la patiente. C'est à cette condition que la patiente est responsabilisée vis à vis de sa santé.

Mais l'enquête met en évidence que l'information des patientes sur les différentes techniques de rééducation est limitée et n'est pas faite par tous les professionnels de santé par manque de temps ou de connaissance.

Une des options pour pallier le manque de temps ou l'insuffisance de formation serait que le prescripteur fasse vraiment partie d'un réseau de périnatalité ou bien il faudrait élaborer un plan spécifique d'éducation thérapeutique sur ce sujet.

Le manque de formation, problème posé par certains prescripteurs, doit pouvoir être compensé par une communication optimale entre les prescripteurs et les rééducateurs.

A ce jour, le seul outil demeure le carnet de santé maternité qui n'est que très peu utilisé par l'ensemble des professionnels de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
2. Bourcier A, Haab F, Mares Pierre. Pelvi-périnéologie : du symptôme au traitement. Montpellier : Sauramps médical ; 2010, p 337-367
3. ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum. Recommandations professionnelles. 2002.
4. Aubin I. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. Revue Exercer 2006 ;77 :40-44.
5. Villet R, Salet-Lizée D, Cortesse A, Zafiropulo M. L'incontinence urinaire de la femme. 2<sup>ème</sup> édition. Paris :Masson ;2005,124p.
6. Mørkved S, Bø K. The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1997;8(4):217-22.
7. Fritel X. Pour ou contre la rééducation périnéale du post-partum ? Saint Denis de la Réunion.
8. Meyer S, Hohlfeld P, Achtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2001;97:673-7.
9. Ballanger P, Epidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. Progrès en urologie 2005, 15, Supp. N°1, 1322-1333.
10. Bourcier A, Haab F, Mares Pierre. Pelvi-périnéologie : du symptôme au traitement. Montpellier : Sauramps medical ; 2010, p337-367.
11. INPES, La rééducation du post-partum. Fiche n°18, mai 2010.
12. Haab F, Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Ministère de santé et des solidarités 2007,64p.
13. Leriche P, Conquy O. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. Progrès en urologie, 2010 ;suppl.2,104-8.
14. Fritel X, Khoshnood B, Fauconnier A. Facteurs de risque obstétricaux spécifiques de l'incontinence urinaire ou de l'incontinence anale quatre ans après le premier accouchement. Prog Urol, 2013, 23, 11, 911-916.
15. Aubin I. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. Revue Exercer 2006 ;77 :40-44.
16. Villet R, Salet-Lizée D, Cortesse A, Zafiropulo M. L'incontinence urinaire de la femme. 2<sup>ème</sup> édition. Paris :Masson ;2005,124p.

17. Rault J-F. La démographie médicale en région Pays de la Loire, situation en 2013.2013, 66p.
18. Casals C. Le carnet de maternité :un outil indispensable pour le suivi des grossesses. Thèse de médecine. Université Paris 6 ; 2006,141p.
19. Kermarrec M, Blondel B. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm.
20. Isherwood PJ, Rane A. Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination. Br J Obstet Gynaecol 2000 ; 107 : 1007-11.
21. DREES.[en ligne].Disponible sur :[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr) (page consultée le 09 juin 2014)
22. Dittenit C. La pratique de la visite post natale en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Nantes ;2003, 169p.
23. HAS. Lettre d'information de la HAS. N°40. Juillet-septembre 2014

## **ANNEXES**

## Annexe 1 : questionnaire pour les médecins généralistes

## Questionnaire pour les médecins généralistes

## I. Identification Anonyme et pratique générale

- 1) Etes-vous :                      O un homme                      O une femme
- 2) Quel âge avez-vous : O moins de 30                      O entre 30 et 40                      O entre 40 et 50  
                                      O entre 50 et 60                      O plus de 60
- 3) Avez vous une formation en gynécologie ? O DU :lequel ? .....  
                                                                        O FMC : laquelle ?.....  
                  O autres ?.....
- 4) Réalisez-vous des suivis de grossesse ? :                      O oui                      O non  
Si oui, combien par an ? : O moins de 10                      O entre 10 et 20                      O plus de 20
- 5) Réalisez-vous des visites post-natales ? :                      O oui                      O non  
Si oui, combien par an ? : O moins de 10                      O entre 10 et 20                      O plus de 20
- 6) Prescrivez-vous des séances de rééducation périnéo sphinctériennes du post-partum ?  
O oui                      O non

*Si votre réponse à la question 6 est non, vous pouvez passer directement à la question 13 :*

*Si votre réponse à la question 6 est oui, vous pouvez continuer à répondre aux questions suivantes :*

## **II. Concernant votre pratique lors du post-partum**

- 7) Prescrivez-vous, selon vous, la rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum dans :
- O moins de 3 grossesses sur 10      O entre 3 et 6 grossesses sur 10
- O entre 6 et 9 grossesses sur 10      O dans toutes les grossesses c'est systématique ?
- Si c'est systématique pour vous quelle en est **la raison** ?
- .....
- .....
- 8) Existe-t-il des éléments à l'interrogatoire qui vous orientent vers la prescription de la rééducation du périnée du post-partum ?      O oui      O non
- Si oui , le ou lesquels ? :
- .....
- .....
- .....
- 9) Existe-t-il des éléments à l'examen clinique qui vous orientent vers la prescription de la rééducation du périnée du post-partum ?      O oui      O non
- Si oui , le ou lesquels ? :
- .....
- .....
- .....

10) Si vous établissez une prescription, informez-vous la patiente sur les **différentes techniques** de rééducation ?

O oui

O non et pourquoi ?.....  
.....

11) Si vous établissez une prescription, informez-vous la patiente sur les **différents intervenants** pouvant réaliser la rééducation ?

O oui

O non et pourquoi ?.....  
.....

12) Orientez-vous **le plus souvent** :

O vers un kiné                      O vers une sage-femme

Quelle est la raison qui oriente votre choix d'orientation ?

.....  
.....

13) Est-ce que le sujet de la rééducation du périnée vous intéresse ?

O Oui et pourquoi ?.....

.....

O Non et pourquoi ?.....

.....

## Annexe 2 : questionnaire pour les sages-femmes

## Questionnaire pour les sages-femmes

## **I. Identification Anonyme et pratique générale**

- 1) Etes-vous :                      O un homme                      O une femme
- 2) Quel âge avez-vous : O moins de 30                      O entre 30 et 40                      O entre 40 et 50  
                                         O entre 50 et 60                      O plus de 60
- 3) Avez-vous :                      O une activité salariée                      O une activité libérale  
                                         O mixte (salariée et libérale)                      O retraitée
- 4) Réalisez-vous des suivis de grossesse ? :                      O oui                      O non  
Si oui, combien par an ? : O moins de 10                      O entre 10 et 20                      O plus de 20
- 5) Réalisez-vous des visites post-natales ? :                      O oui                      O non  
Si oui, combien par an ? : O moins de 10                      O entre 10 et 20                      O plus de 20
- 6) Prescrivez-vous des séances de rééducation périnéo sphinctériennes du post-partum ?  
O oui                      O non

*Si votre réponse à la question 6 est non, vous pouvez vous pouvez passer directement à la question 13.*

*Si votre réponse à la question 6 est oui, vous pouvez continuer à répondre aux questions suivantes :*

## II. Concernant votre pratique lors du post-partum

- 7) Prescrivez-vous, selon vous, la rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum dans :
- O moins de 3 grossesses sur 10      O entre 3 et 6 grossesses sur 10  
O entre 6 et 9 grossesses sur 10      O dans toutes les grossesses c'est systématique ?  
Si c'est systématique pour vous quelle en est **la raison** ?
- .....
- .....
- 8) Existe-t-il des éléments à l'interrogatoire qui vous orientent vers la prescription de la rééducation du périnée du post-partum ?      O oui      O non  
Si oui , le ou lesquels ? :
- .....
- .....
- .....
- 9) Existe-t-il des éléments à l'examen clinique qui vous orientent vers la prescription de la rééducation du périnée du post-partum ?      O oui      O non  
Si oui , le ou lesquels ? :
- .....
- .....
- .....

10) Si vous établissez une prescription, informez-vous la patiente sur les **différentes techniques** de rééducation ?

O oui

O non et pourquoi ?.....  
.....

11) Si vous établissez une prescription, informez-vous la patiente sur les **différents intervenants** pouvant réaliser la rééducation ?

O oui

O non et pourquoi ?.....  
.....

12) Orientez-vous **le plus souvent** :

O vers un kiné

O vers une sage-femme

O vers vous-même

Quelle est la raison qui oriente votre choix d'orientation ?

.....  
.....

13) Estimez-vous que la prescription de la rééducation périnéo-sphinctérienne présente un **intérêt** pour votre pratique ?

O Oui et pourquoi ?.....

.....

O Non et pourquoi ?.....

.....

### **Annexe 3 : questionnaire pour les gynécologues**

#### **Questionnaire pour les gynécologues**

##### **I. Identification Anonyme et pratique générale**

- 1) Etes-vous :                      ☐ un homme                      ☐ une femme
- 2) Quel âge avez-vous : ☐ moins de 30                      ☐ entre 30 et 40                      ☐ entre 40 et 50  
                                         ☐ entre 50 et 60                      ☐ plus de 60
- 3) Avez-vous :                      ☐ une activité salariée                      ☐ une activité libérale  
                                         ☐ mixte (salariée et libérale)
- 4) Réalisez-vous des suivis de grossesse ? :    ☐ oui                      ☐ non  
Si oui, combien par an ? : ☐ moins de 10    ☐ entre 10 et 20                      ☐ plus de 20
- 5) Réalisez-vous des visites post-natales ? :    ☐ oui                      ☐ non  
Si oui, combien par an ? : ☐ moins de 10    ☐ entre 10 et 20                      ☐ plus de 20
- 6) Prescrivez-vous des séances de rééducation périnéo sphinctériennes du post-partum ?  
     ☐ oui                      ☐ non

*Si votre réponse à la question 6 est non, vous pouvez vous pouvez passer directement à la question 13 :*

*Si votre réponse à la question 6 est oui, vous pouvez continuer à répondre aux questions suivantes :*

##### **II. Concernant votre pratique lors du post-partum**

- 7) Prescrivez-vous, selon vous, la rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum dans :  
     ☐ moins de 3 grossesses sur 10                      ☐ entre 3 et 6 grossesses sur 10  
     ☐ entre 6 et 9 grossesses sur 10                      ☐ dans toutes les grossesses c'est systématique ?  
     Si c'est systématique pour vous quelle en est **la raison** ?  
.....  
.....
- 8) Existe-t-il des éléments à l'interrogatoire qui vous orientent vers la prescription de la rééducation du périnée du post-partum ?    ☐ oui                      ☐ non  
     Si oui , le ou lesquels ? :  
.....  
.....  
.....
- 9) Existe-t-il des éléments à l'examen clinique qui vous orientent vers la prescription de la rééducation du périnée du post-partum ?    ☐ oui                      ☐ non  
     Si oui , le ou lesquels ? :  
.....  
.....  
.....

10) Si vous établissez une prescription, informez-vous la patiente sur les **différentes techniques** de rééducation ?

O oui

O non et pourquoi ?.....

.....

11) Si vous établissez une prescription, informez-vous la patiente sur les **différents intervenants** pouvant réaliser la rééducation ?

O oui

O non et pourquoi ?.....

.....

12) Orientez-vous **le plus souvent** :

O vers un kiné

O vers une sage-femme

Quelle est la raison qui oriente votre choix d'orientation ?

.....

.....

13) Est-ce que le sujet de la rééducation du périnée vous intéresse ?

O Oui et pourquoi ?.....

.....

O Non et pourquoi ?.....

.....

#### **Annexe 4 : Arrêté du 18 octobre 2006**

##### **Article R.4127-318 du Code de la santé publique (ancien article 18 du Code de déontologie)**

« Pour l'application des dispositions de l'article L.4151-1 du code de la santé publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

- 1.** L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
- 2.** La surveillance électronique, pendant la grossesse et au cours du travail, de l'état du fœtus in utero et de la contraction utérine ;
- 3.** Le prélèvement du sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du PH du sang fœtal ;
- 4.** La surveillance des dispositifs intra-utérins ;
- 5.** La rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement ;
- 6.** L'anesthésie locale au cours de la pratique de l'accouchement.  
En présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, la sage-femme ne pouvant pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin.

### **Annexe 5 : Tableau de cotations du testing**

| Cotation | Qualité de la contraction            | Maintien (en secondes) | Nombre de contraction sans fatigabilité |
|----------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| 0        | Rien                                 |                        |                                         |
| 1        | Fibrillations                        |                        | 1                                       |
| 2        | Contraction complète sans résistance |                        | 1                                       |
| 3        | Contraction complète sans résistance | 5                      | 1                                       |
| 4        | Contraction complète avec résistance | 5                      | 5                                       |
| 5        | Contraction complète avec résistance | 5                      | Indéfiniment                            |

### **Tableau de cotation du testing du releveur de l'anus chez la femme**

| Cotation | Qualité                                 | Maintien (en secondes) | Nombre de contraction sans fatigabilité |
|----------|-----------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| 0        | Rien                                    |                        |                                         |
| 1        | Traces                                  | 1                      | 1                                       |
| 2        | Contraction bien perçue sans résistance | Moins de 5             | 2                                       |
| 3        | Contraction bien perçue sans résistance | 5                      | 3                                       |
| 4        | Contraction avec légère résistance      | 5                      | 5                                       |
| 5        | Contraction avec forte résistance       | 5                      | Plus de 5                               |

### **Tableau de cotation du testing du releveur de l'anus chez la femme selon Minaire**

## Annexe 6 : Questionnaire USP

### Questionnaire de symptômes urinaires Urinary Symptom Profile – USP®

---

Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

/ \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /  
Jour Mois Année

Les questions suivantes portent sur l'intensité et la fréquence des symptômes urinaires que vous avez eu au cours des **4 dernières semaines**

Pour répondre aux questions suivantes, il vous suffit de cocher la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse **la plus proche de votre situation**

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire dans un endroit calme et si possible seul(e). Prenez tout le temps qui vous sera nécessaire.

Une fois ce questionnaire rempli, remettez le à votre médecin.

Il peut vous arriver d'avoir des fuites d'urine lors de certains efforts physiques, soit importants (tels qu'une pratique sportive ou une quinte de toux violente), soit modérés (tels que monter ou descendre les escaliers) ou encore légers (tels que la marche ou un changement de position).

1. **Durant les 4 dernières semaines**, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :

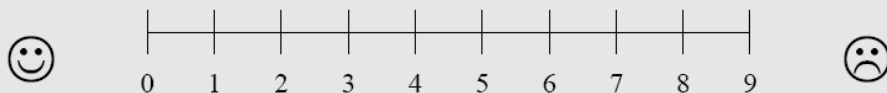
*Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.*

|                                           | Jamais de fuite d'urine    | Moins d'une fuite d'urine par semaine | Plusieurs fuites d'urine par semaine | Plusieurs fuites d'urine par jour |
|-------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1a. Lors des efforts physiques importants | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2           | <input type="checkbox"/> 3        |
| 1b. Lors des efforts physiques modérés    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2           | <input type="checkbox"/> 3        |
| 1c. Lors des efforts physiques légers     | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2           | <input type="checkbox"/> 3        |

**Partie réservée au médecin :**

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT »



Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

2. Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

☐ 0

Jamais

☐ 1

Moins d'une fois par semaine

☐ 2

Plusieurs fois par semaine

☐ 3

Plusieurs fois par jour

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

☐ 0

Plus de 15 minutes

☐ 1

De 6 à 15 minutes

☐ 2

De 1 à 5 minutes

☐ 3

Moins de 1 minute

4. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

☐ 0

Jamais

☐ 1

Moins d'une fois par semaine

☐ 2

Plusieurs fois par semaine

☐ 3

Plusieurs fois par jour

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

☐ 0

Pas de fuites dans cette circonstance

☐ 1

Quelques gouttes

☐ 2

Fuites en petites quantités

☐ 3

Fuites inondantes

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

5. Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

- |                            |                            |                             |                            |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| Deux heures ou plus        | Entre 1 heure et 2 heures  | Entre 30 minutes et 1 heure | Moins de 30 minutes        |

6. Combien de fois en moyenne avez-vous été **réveillé(e)** la nuit par **un besoin** d'uriner ?

- |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 0 ou 1 fois                | 2 fois                     | 3 ou 4 fois                | Plus de 4 fois             |

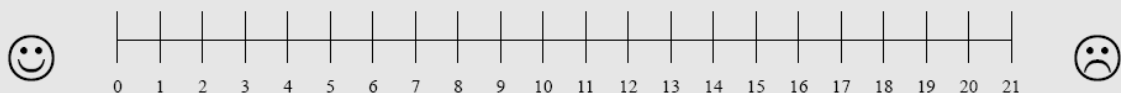
7. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

- |                            |                              |                            |                            |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais                     | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour    |

**Partie réservée au médecin :**

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7

SCORE « HYPERACTIVITE VESICALE »



Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

8. Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

- |                            |                                                                                                                                     |                                                      |                            |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 2                           | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normale                    | Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (du ventre) ou miction penchée en avant (ou nécessitant un changement de position) | Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains | Vidange par sonde urinaire |

9. En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

- |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normal                     | Jet faible                 | Goutte à goutte            | Vidange par sonde urinaire |

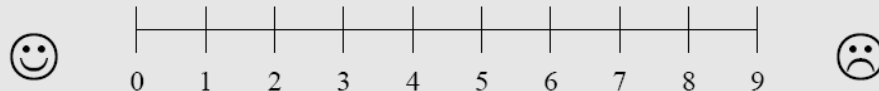
10. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

- |                            |                                                           |                                                    |                                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1                                | <input type="checkbox"/> 1                         | <input type="checkbox"/> 2                 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Miction normale et rapide  | Miction difficile à débiter puis s'effectuant normalement | Miction débutant facilement mais longue à terminer | Miction très lente du début jusqu'à la fin | Vidange par sonde urinaire |

**Partie réservée au médecin :**

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 8 + 9 + 10

SCORE « DYSURIE »



## **Annexe 8 : Arrêté du 23 décembre 2004**

### **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE**

#### **Arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité**

NOR : SANS0424122A

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 331-2 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 10 décembre 2004,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La liste mentionnée au 2° de l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale est fixée comme suit :

- 1° Caryotype fœtal et amniocentèse ;
- 2° Test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine ;
- 3° Dosage de la glycémie ;
- 4° Séances de préparation à l'accouchement psycho-prophylactique ;
- 5° Interruption non volontaire de grossesse ;
- 6° Interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique ;
- 7° Séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

**Art. 2.** – Ces dispositions sont applicables aux femmes qui ont dépassé le premier jour du sixième mois de grossesse au premier jour du mois qui suit la publication au *Journal officiel* du présent texte.

**Art. 3.** – Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

## Annexe 9 : Questionnaire de qualité de vie de A. Bourcier

| Votre périnée après l'accouchement :<br>Bilan qualité de vie<br>CERP                                                                                                                                                |   |                                |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <b>Pendant la journée, combien de fois urinez-vous ?</b>                                                                                                                                                            |   | 1 à 6 fois                     | 0 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | 7-10 fois                      | 1 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | 11-13 fois                     | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | > 13 fois                      | 3 |
| <b>Devez-vous vous précipiter pour aller uriner ?</b>                                                                                                                                                               |   | Jamais                         | 0 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | Quelquefois                    | 1 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | Souvent                        | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | Toujours                       | 3 |
| <b>Avez-vous des difficultés à contrôler les gaz ou les selles ?</b>                                                                                                                                                |   | Non                            | 0 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | Les gaz                        | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | Les selles                     | 4 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   |                                |   |
| <b>Si vous avez repris une activité sexuelle :</b>                                                                                                                                                                  |   | C'est comme avant              | 0 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | Les sensations ont diminué     | 1 |
|                                                                                                                                                                                                                     |   | C'est douloureux               | 2 |
| <b>SCORE</b>                                                                                                                                                                                                        | 1 | Vous avez entre 0 et 6 points  |   |
|                                                                                                                                                                                                                     | 2 | Vous avez entre 7 et 12 points |   |
|                                                                                                                                                                                                                     | 3 | Vous avez plus de 12 points    |   |
| <b>1 : Tout va bien. Conseils par une sage-femme et exercices à la maison</b><br><b>2 : Rééducation périnéale classique par une sage-femme ou par un kinésithérapeute</b><br><b>3 : Prise en charge spécialisée</b> |   |                                |   |
| <b>CERP</b><br><b><a href="http://www.incontinence-traitement.com">http://www.incontinence-traitement.com</a></b>                                                                                                   |   |                                |   |
| * Cochez sur la colonne de droite, faites la somme puis notez votre score total                                                                                                                                     |   |                                |   |

### **Annexe 10 : Les 3 groupes de patientes au terme du bilan avant rééducation**

|                  |                                                                                   |                                            |                                                                                  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Premier groupe   | pas facteur de risque, pas d'incontinence                                         | pas de prolapsus, testing du périnée > à 3 | rééducation abdominale possible                                                  |
| Deuxième groupe  | traumatisme obstétrical, gêne fonctionnelle modérée                               | testing du périnée < à 3                   | rééducation abdominale quand le testing du périnée est > à 3                     |
| Troisième groupe | nombreux facteurs obstétricaux de risque périnéal*, gêne fonctionnelle importante |                                            | bilan urodynamique puis rééducation périnéale avant toute rééducation abdominale |

\*souvent discutés : enfant de poids supérieur à 3,5kg à la naissance surtout si c'est le premier enfant, périmètre crânien supérieur à 35 cm, déchirure périnéale, instrumentation, expulsion trop rapide, présentation du siège.

**What are the modalities of postpartum pelvic floor rehabilitation's prescription by health practitioners in Sarthe, France in 2014?**

---

**ABSTRACT**

**Introduction:** The prescription of postpartum pelvic floor rehabilitation should not be systematic. It has to be prescribed along with a therapeutical strategy following an interview and a physical exam. Our study seeks to understand the modalities of prescription by health practitioners in Sarthe, France, and to identify what information is given by the prescriber to the patient on reeducation techniques and practitioners.

**Means and methods:** quantitative analysis based on electronical and/or paper surveys sent to physicians, midwives and gynecologists located in the Sarthe area from March to June 2014.

**Results:** The study revealed a systematic prescription of reeducation by 59% of midwives, 40% of physicians and 33% of gynecologists. Among the rest, the majority prescribes following the recommendations of looking for urinary incontinence during the interview (more than 75% all categories included) and of testing the levator ani muscles during the clinical exam (more than 50% all categories included).

Information on the different reeducation practitioners is provided almost systematically whereas explanation on the different reeducation techniques is more random depending on the prescribers. 33% of physicians recommend going to a physical therapist whereas more than 90% of midwives and gynecologists recommend going to a midwife.

**Discussion:** The information provided to the prescribers needs to improve in order to enable a more educated prescription and to turn the rehabilitation into a preventive medical act. Thus, the perinatal program of the French *Haute Autorité de Santé* (Health Superior Authority) would like to implement a global and continuous care management of the patients.

**Conclusion:** The rehabilitation, whose long-term effectiveness on urinary incontinence has not been demonstrated, is still often prescribed wrongfully and does not enable the detection of patients at risk.

---

**KEYWORDS**

Rehabilitation, pelvic floor, postpartum, urinary incontinence

**Quelles sont les modalités de la prescription de la rééducation périnéale du post-partum chez les professionnels de santé de la Sarthe en 2014 ?**

---

**RESUME**

**Introduction :** La prescription de la rééducation du périnée du post-partum ne doit pas être systématique. Elle doit être établie selon une stratégie thérapeutique après un interrogatoire et un examen clinique. Notre étude essaie de comprendre les modalités de la prescription chez les professionnels de santé de la Sarthe et d'identifier l'information donnée par le prescripteur à la patiente sur les techniques et les rééducateurs.

**Matériels et méthodes :** Enquête quantitative par questionnaire électronique et/ou papier adressé aux médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues de la Sarthe de mars à juin 2014.

**Résultats :** Nous avons retrouvé une prescription systématique de la rééducation par 59% des sages-femmes, 40% des médecins généralistes et 33% des gynécologues. Pour les autres une prescription selon les recommandations recherche majoritairement une incontinence urinaire à l'interrogatoire chez plus de 75% tous types de prescripteurs confondus et utilise les testing des releveurs de l'anus à l'examen clinique chez plus de 50% tous types de prescripteurs confondus. L'information sur les différents rééducateurs est quasi systématique tandis que l'explication des différentes techniques est plus aléatoire selon les prescripteurs. Les médecins généralistes adressent pour 33% des cas chez un kinésithérapeute, tandis que les sages-femmes et les gynécologues dans plus de 90% des cas chez une sage-femme.

**Discussion :** L'information des prescripteurs se doit d'être améliorée pour permettre une prescription plus choisie et permettre à la rééducation d'être un acte de prévention médicale. Le plan périnatalité de l'HAS souhaiterait une prise en charge globale et sans rupture des patientes.

**Conclusion :** La rééducation dont l'efficacité sur l'incontinence urinaire à long terme n'est pas démontrée est bien souvent encore prescrite de manière abusive et ne permet donc pas de dépister les patientes à risque.

---

**MOTS CLES**

Rééducation, périnée, post-partum, incontinence