

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Alice GUYON

épouse de MÉHÉRENC de SAINT-PIERRE

Présentée et soutenue publiquement le 7 mars 2023

IMPACT DE L'INFORMATION SUR LE VÉCU DE LA RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE DU POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES AU SEIN DU CHD VENDÉE

Président : Monsieur le Professeur Thibault THUBERT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thibault Thubert,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre temps consacré à ma thèse et à ma soutenance, je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Guillaume Ducarme,

Pour avoir porté intérêt à ce sujet et avoir accepté de diriger ma thèse. Merci également pour votre disponibilité, votre aide et votre regard sur mes recherches et dans la rédaction de mon travail.

A Madame le Professeur Céline Bouton et à Madame le Docteur Rosalie Rousseau,

Recevez mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse et de me permettre de clôturer ce chapitre. Merci plus largement au DMG Nantais pour les cours dispensés pendant mon internat, les stages au cabinet de médecine générale et votre implication dans le bien-être des étudiants.

A ma famille et particulièrement à mes parents,

Pour m'avoir permise de faire les études que je souhaitais et de toujours m'avoir soutenue dans mes choix. Merci pour votre patience durant ces 10 années d'études avec les hauts et les bas qui en découlent.

A Arthur,

Pour ton amour sincère et ton écoute depuis ces nombreuses années. Merci pour ton soutien indéfectible et tes précieux conseils lorsque j'en ai eu besoin. Merci pour tous les projets déjà réalisés et ceux à venir. Merci d'être toi.

Pour toujours et même après.

A mes amies Camille, Chloé et Mélane,

Pour toutes ces belles années d'amitié, ces restaurants et ces week-ends entre filles.
Merci de m'avoir accompagnée et épaulée chacune à votre manière.

A mes amis,

Les copains de la base nautique de Saint-Jean-de-Monts, les De La Vega, les copains pharmaciens, merci d'être présents, sans vous la vie aurait eu moins de saveur !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	6
ABRÉVIATIONS.....	7
I) INTRODUCTION.....	8
II) ANATOMIE DU PÉRINÉE.....	9
1) Généralités.....	9
2) Vascularisation.....	11
3) Innervation.....	12
3.a) Sensitive.....	12
3.b) Motrice.....	12
3.c) Végétative.....	13
3.d) Anatomie fonctionnelle.....	13
III) LA RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE EN POST-PARTUM.....	14
1) Principes généraux.....	14
2) Déroulement de la première séance.....	15
3) Méthodes de rééducation.....	16
3.a) Travail manuel.....	16
3.b) Biofeedback.....	17
3.c) Electrostimulation fonctionnelle.....	17
IV) REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LA RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE DU POST-PARTUM.....	18
V) PROBLÉMATIQUE ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE.....	20
VI) MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	21
1) Type d'étude.....	21
2) Population et période d'inclusion.....	21
3) Questionnaires.....	21
3.a) Premier questionnaire.....	21
3.b) Second questionnaire.....	22
4) Objectifs.....	23
5) Éthique.....	24
6) Analyses statistiques.....	24
VII) RÉSULTATS.....	25

1) Caractéristiques générales de l'échantillon.....	25
2) Caractéristiques de la rééducation.....	25
3) Données recueillies par les questionnaires.....	26
3.a) Comparaison des données entre le premier et le second questionnaire.....	26
3.b) Liberté et vraisemblance.....	27
3.c) Données sur l'information.....	27
3.d) Données sur le vécu.....	28
3.e) Analyse des résultats.....	29
VIII) DISCUSSION.....	32
1) Résultats principaux.....	32
2) Comparaison des résultats avec la littérature.....	32
3) Forces et faiblesses de l'étude.....	34
IX) CONCLUSION.....	38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39
ANNEXES.....	43

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Vue anatomique du périnée en position gynécologique

Figure 2 : Anatomie du périnée féminin selon Kamina

Figure 3 : Anatomie du muscle élévateur de l'anus selon Kamina

Figure 4 : Innervation sensitive du périnée féminin

Tableau 1 : Résultats du vécu regroupé selon la délivrance d'information

Tableau 2 : Résultats des concepts selon la délivrance d'information exprimé en % (n)

ABRÉVIATIONS

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CPP	Comité de Protection des Personnes
DIU	Dispositif Intra-Utérin
QCM	Question à Choix Multiples
RPP	Rééducation Pelvi-périnéale du Post-partum
SA	Semaines d'Aménorrhée

I) INTRODUCTION

Après l'accouchement, environ un tiers des femmes rapportent des symptômes d'incontinence urinaire, et près de 10 % des symptômes d'incontinence fécale (1). On peut évidemment mentionner les accouchements par voie basse mais également les accouchements par césarienne qui, de part des modifications physiques et physiologiques sur le périnée durant les 9 mois de grossesse, sont également à l'origine de troubles génito-urinaires.

Les dommages périnéaux liés à l'accouchement sont associés à une diminution d'efficacité des muscles pelviens intervenant dans la continence notamment (2). La rééducation du périnée en post-partum est régulièrement recommandée et largement répandue en France pour lutter contre ces désagréments pouvant impacter la qualité de vie des femmes. Celle-ci permet une amélioration des symptômes urinaires (3), digestifs et sexuels. Si elle est bien réalisée, elle limite les complications liées à l'accouchement et les impacts en terme de dépenses de santé qui pourraient survenir à long terme.

Le pionnier de cette rééducation a été le Dr Arnold Kegel, un gynécologue américain né en 1894, qui a inventé les exercices de Kegel dans les années 1940 ayant pour but le renforcement du tonus du plancher pelvien. Pour cela, la méthode consistait en une alternance entre les phases de contraction et de relâchement des muscles périnéaux en auto-entraînement.

La RPP est régulièrement étudiée en terme d'efficacité ; on s'est intéressés ici au vécu de cette-dernière, et plus particulièrement s'il existait une différence de qualité de vécu si la femme recevait des informations sur le déroulement et l'intérêt de cette rééducation.

II) ANATOMIE DU PÉRINÉE

1) Généralités

Premièrement, le diaphragme pelvien est un ensemble musculaire formant une cloison entre la cavité pelvienne dans le petit bassin et le périnée (4).

Le périnée est l'ensemble des parties molles situées en-dessous du diaphragme pelvien, allant du pubis au sillon inter-fessier. En vue gynécologique, il a une forme losangique délimitée en haut par le bord inférieur de la symphyse pubienne, en bas par le coccyx et latéralement par les tubérosités ischiatiques. Une ligne peut être tracée entre les deux ischions séparant le périnée antérieur uro-génital et le périnée postérieur digestif. (5)

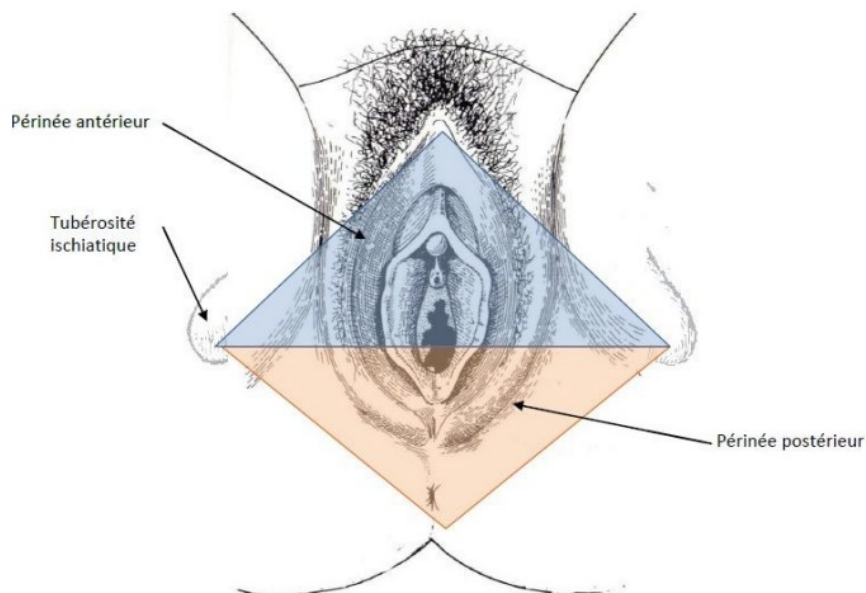


Figure 1 : Vue anatomique du périnée en position gynécologique

Le périnée est constitué d'un ensemble de muscles superposés en trois plans : superficiel, moyen et profond. (6)

Le plan superficiel est composé de 4 muscles dans sa portion antérieure, le muscle ischio-caverneux, le muscle bulbo-spongieux, le muscle transverse superficiel, le muscle constricteur de la vulve ; et du sphincter externe de l'anus dans sa portion postérieure.

Le plan moyen est présent uniquement dans la portion antérieure du périnée. Il est constitué du muscle transverse profond et le sphincter externe de l'urètre.

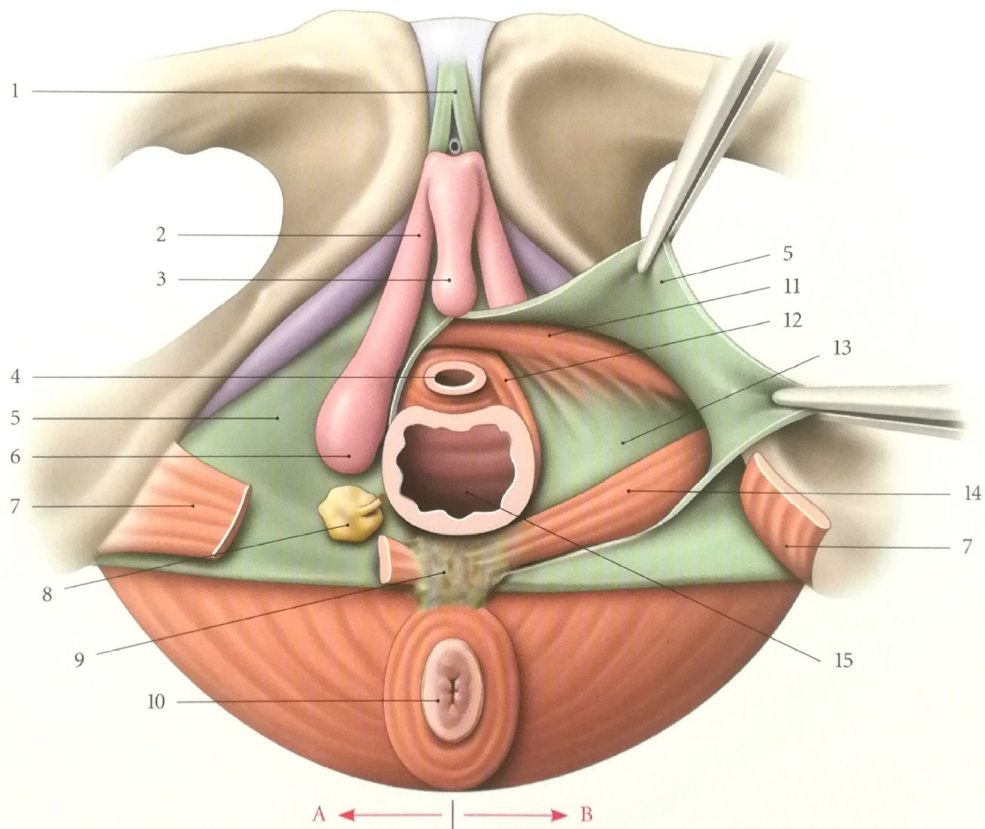


FIG. 15.12. Périnée uro-génital féminin (vue inférieure)

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| A. espace superficiel du périnée | 5. fascia inf. du diaphragme uro-génital (membrane périnéale) | 10. anus et sphincter externe de l'anus |
| B. espace profond du périnée ouvert | 6. bulbe vestibulaire | 11. m. compresseur de l'urètre |
| 1. lig. suspenseur du clitoris | 7. m. transverse superficiel | 12. m. uréthro-vaginal |
| 2. corps caverneux | 8. glande vestibulaire majeure | 13. fascia sup. du diaphragme uro-génital |
| 3. gland du clitoris | 9. corps périnéal | 14. m. transverse profond |
| 4. urètre | | 15. vagin |

Figure 2 : Anatomie du périnée féminin selon Kamina

Le plan profond comprend le muscle élévateur de l'anus, lui-même constitué d'une multitude de faisceaux dont les 2 principaux sont le muscle pubo-coccygien et le muscle ilio-coccygien ; complété du muscle coccygien.

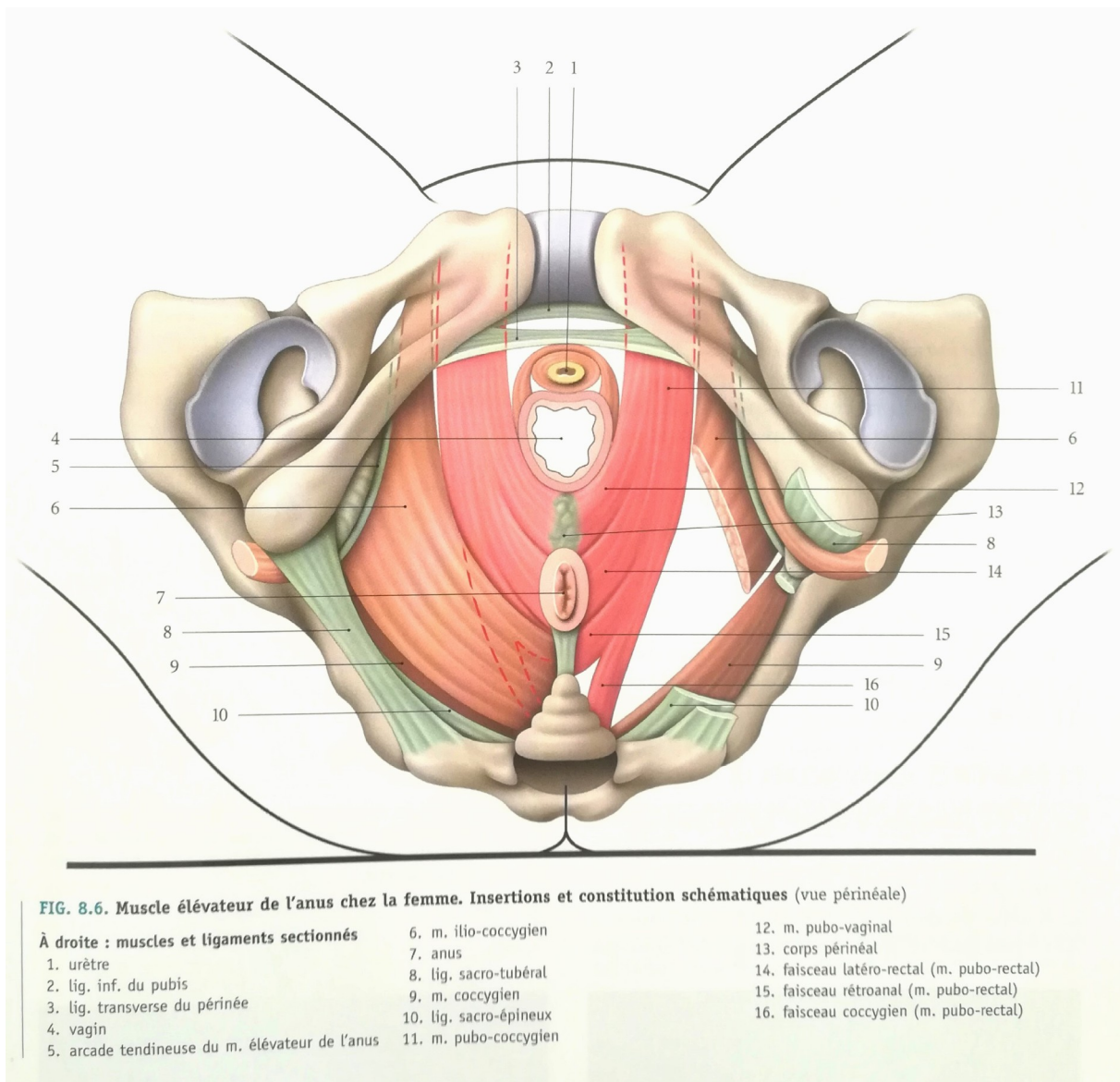


Figure 3 : Anatomie du muscle élévateur de l'anus selon Kamina

2) Vascularisation

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère pudendale issue de l'artère iliaque interne.

De même, la veine pudendale se jette dans la veine iliaque interne.

3) Innervation

3.a) Sensitive

L'innervation sensitive comprend trois territoires :(7, 8)

- Le territoire du nerf pudendal issu des deuxième, troisième et quatrième racines sacrées (S2, S3, S4). Il innerve la zone allant de l'anus au clitoris, en passant par les petites et les grandes lèvres.
- Le territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral. Ces 3 nerfs prennent leur origine en thoraco-lombaire ou en lombaire haut. Le nerf ilio-hypogastrique qui innerve le mont de Vénus. Les nerfs ilio-inguinal et génito-fémoral innervent les grandes lèvres ; en chevauchant l'innervation du nerf pudendal.
- Les branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse innervent la zone périnéale en latéral par rapport au nerf pudendal.

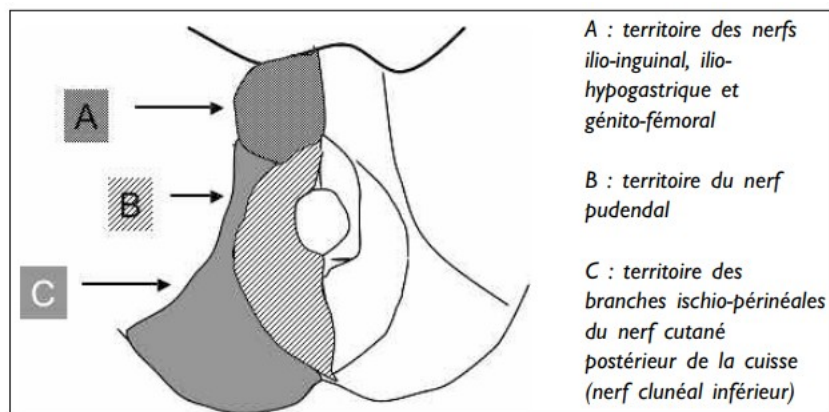


Figure 4 : Innervation sensitive du périnée féminin

3.b) Motrice

L'innervation motrice de l'entièreté des muscles du plancher pelvien est faite uniquement par le nerf pudendal. (8)

3.c) Végétative

L'innervation végétative est assurée d'une part par le nerf pudendal qui présente une composante orthosympathique, et d'autre part par le plexus hypogastrique inférieur. Cette innervation a pour but principal de commander les muscles lisses, en particulier les sphincters lisses (9).

3.d) Anatomie fonctionnelle

Au repos, la statique pelvienne est magistralement assurée par la tonicité et l'orientation horizontale du muscle élévateur de l'anus (11, 12). Ses fibres entrecroisées forment un hamac, et il est composé de fibres myoblastiques permettant la contractilité (12). D'un point de vue histologique, sa composition est principalement faite de fibres de type I, c'est-à-dire de fibres à contraction lente et durable, en métabolisme aérobie (13). Ainsi, une altération du fonctionnement oxydatif quel qu'il soit, les principaux étant représentés par le vieillissement et également l'accouchement, pourrait participer à une réduction de contraction du muscle, altérant ainsi le fonctionnement périnéal et la continence. De plus, il est aussi composé de neurorécepteurs proprioceptifs permettant également une contraction rapide *via* des fibres musculaires de type II par des axes neuronaux réflexes courts. La proportion est de deux tiers pour les fibres de type I et d'un tiers pour les fibres de II (14).

Au repos, la stabilité du diaphragme pelvien est également assurée par les différents fascias et le système ligamentaire complexe qui ont un rôle suspenseur (12). On peut citer les ligaments utéro-sacrés, l'arc tendineux du fascia pelvien, le fascia pubo-cervical, les ligaments pubo-urétraux, le fascia recto-vaginal, les ligaments cardinaux de l'utérus.

A l'effort, la contraction des muscles périnéaux provoque une ascension en haut et en avant des viscères, ce qui a pour conséquence une majoration des angles viscéraux (angle ano-rectal, angle vaginal et angle uréthro-vésical). Ces angles participent alors à la continence car devenus plus aigus.

A contrario, lors d'un effort de poussée, qu'il soit dans un contexte d'accouchement, de miction ou de défécation, les angles s'effacent pour créer une translation des viscères vers la bas et l'arrière.

III) LA RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE EN POST-PARTUM

1) Principes généraux

La RPP débute environ 6 à 8 semaines après l'accouchement, soit après la consultation post-natale, (15) et concerne tous les types d'accouchement.

A contrario, elle ne concerne pas toutes les femmes. Les femmes asymptomatiques n'auront pas de bénéfice à réaliser une RPP (17, 18). Les indications reposent en réalité sur les plaintes des femmes (18) et sont représentées principalement par : une incontinence urinaire (19) (notamment si elle persiste à 3 mois), qu'elle soit d'effort ou par urgenturie, une incontinence anale (21, 22). L'incontinence urinaire ne doit pas être en lien avec une fistule uréthro-vaginale ou vésico-vaginale, des mictions par regorgement ou causée par une infection urinaire (22). Le symptôme le plus fréquent reste l'incontinence urinaire, principalement d'effort.

La RPP ne semble pas avoir d'effet sur les douleurs périnéales et sur les dyspareunies, faute de preuves suffisantes. (24, 25). En réalité, les dyspareunies semblent accessibles à une prise en charge multidisciplinaire, au regard de leur origine multifactorielle, dont la rééducation périnéale fait partie (25).

Les facteurs de risque d'incontinence urinaire sont représentés par : l'âge maternel, les antécédents obstétricaux comme la macrosomie et la multiparité, l'accouchement par voie basse, le surpoids et *a fortiori* l'obésité, la constipation chronique, le port de charges, la pratique d'une activité intense avant la grossesse. (27, 28).

L'incidence des symptômes d'incontinence urinaire diminue spontanément de 85 % dans les 3 premiers mois en post-partum.

Néanmoins, la rééducation reste plus efficace à court terme grâce aux conseils et méthodes d'un professionnel (22). Il existe peu d'études concernant les moyen et long-termes. Une étude de 2014 semble démontrer qu'une efficacité sur au moins 60 mois existe notamment quant aux symptômes d'incontinence urinaire et de prolapsus. (28)

D'une façon générale, les séances sont au nombre de 10. S'il existe une amélioration partielle des symptômes à l'issue des 10 séances, celles-ci peuvent être prolongées à 15 séances. Cependant, en l'absence d'amélioration, il convient de s'interroger sur l'indication de la rééducation pour répondre au problème posé.

La RPP est sur prescription médicale et prise en charge en totalité par l'Assurance Maladie (29). La RPP peut être réalisée par une sage-femme ou par un kinésithérapeute, en cabinet libéral ou en milieu hospitalier.

Dans le rapport de l'ANAES de 2002, on peut lire que la délivrance d'informations à propos de la RPP se fait après l'accouchement, généralement à la sortie de la maternité. En réalité, il ne semble pas exister de consensus à ce propos ; la délivrance d'information restant dépendante des professionnels de santé.

2) Déroulement de la première séance

La première séance de rééducation permet en premier lieu de créer un lien entre la femme et le professionnel.

La première séance s'ouvre sur un interrogatoire comprenant : les antécédents médicaux, obstétricaux, gynécologiques, chirurgicaux, le poids et la taille de la femme, les habitudes de vie telles que les activités sportives, les symptômes et plaintes génito-urinaires et ano-digestives.

Puis, il s'agit de s'enquérir des informations comprises par la femme à propos du périnée et de l'intérêt de la rééducation. Il est possible de montrer des planches anatomiques du périnée à la femme pour l'aider dans sa représentation de cet ensemble musculaire.

Ensuite, les différentes méthodes de rééducation peuvent être abordées.

Un examen clinique est pratiqué comprenant : l'inspection de la vulve au repos, la trophicité des muqueuses, les éventuelles cicatrices et l'évolution de la cicatrisation (35), le degré de fermeture des petites lèvres après écartement. À l'effort, on recherche la présence d'un prolapsus ou d'une incontinence urinaire *via* un effort de toux. Un testing des muscles périnéaux permet d'apprécier leur force et leur endurance.

3) Méthodes de rééducation

Il en existe trois principales, qui sont les plus utilisées (30).

Le choix de la méthode est très dépendant du praticien. Aucune méthode ne paraît être plus efficace qu'une autre (31). Un mémoire de fin d'études de sage-femme (32) rapporte que les méthodes apprises et rencontrées lors des stages en école de maïeutique, leur maîtrise et les expériences personnelles des praticiennes participent au choix de la méthode. De même, les caractéristiques de la femme font qu'une méthode sera favorisée à une autre.

L'association des méthodes de RPP donnerait de meilleurs résultats. (33)

Quelle que soit la méthode utilisée, la position est toujours la même : la femme est allongée sur le dos en position gynécologique, sans les pieds dans les étriers pour favoriser le contact du dos au plan de la table.

Ces 3 méthodes se poursuivent par un travail à la maison, en auto-apprentissage de la femme. Cela permet de multiplier les bénéfices et de les rendre durables dans le temps.

3.a) Travail manuel

Le travail manuel est basé sur la contraction volontaire des muscles du plancher pelvien *via* un toucher vaginal réalisé par le praticien. Des exercices sont proposés pour améliorer la contraction contre résistance maximale, l'endurance des muscles lors de contractions répétées et la résistance à des contractions longues. C'est une méthode qui permet un travail précis et localisé. Les muscles sont d'abord travaillés individuellement puis progressivement de façon globale.

La femme peut alors répéter les exercices à son domicile dans un but d'auto-rééducation du verrouillage périnéal pour devenir systématique.

3.b) Biofeedback

Le biofeedback instrumental se définit par une technique de rétrocontrôle instantané visuel ou sonore témoignant de la contraction musculaire. Il permet la prise de conscience de la contraction du périnée. La technique utilise une sonde intra-vaginale reliée à un ordinateur.

Le travail en biofeedback permet un travail global et peu précis sur les muscles du plancher pelvien. La contraction de muscles parasites comme les muscles fessiers représente le principal inconvénient.

3.c) Electrostimulation fonctionnelle

L'électrostimulation fonctionnelle consiste à envoyer des impulsions électriques brèves biphasiques pour stimuler les fibres nerveuses périphériques à l'aide d'électrodes placées à proximité du nerf pudendal, dans le but de faire se contracter les muscles du plancher pelvien.

La durée d'une séance de ce type est d'environ 20 minutes.

Elle est souvent utilisée en complément du biofeedback.

Les contre-indications de cette méthode sont : la grossesse, les femmes porteuses d'un stimulateur cardiaque, les infections vaginales, les tumeurs pelviennes et les lésions nerveuses périnéales d'étirement possédant un potentiel de régénération nerveuse de par le blocage des processus de régénération neurologique de la méthode. A noter que le DIU ou stérilet qu'il soit hormonal ou en cuivre ne constitue pas une contre-indication.

Les principaux effets indésirables de cette méthode sont la survenue d'infections urinaires, d'irritations vaginales, de paresthésies dans les cuisses (34).

IV) REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LA RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE DU POST-PARTUM

Il existe peu de bibliographie traitant du vécu de la rééducation du périnée chez les femmes en post-partum. La plupart des articles traitent de l'efficacité des méthodes de rééducation, sans aborder le vécu.

Un mémoire de sage-femme s'est intéressé aux attentes des femmes dans la RPP (36). Il a mis en lumière quatre des principales attentes déclarées, dans l'ordre décroissant : les manières de protéger son périnée au quotidien, la reprise de la vie sexuelle, la reprise de l'activité sportive, et pour terminer la RPP serait un moyen d'obtenir des informations à propos du déroulement du post-partum. Toujours au sein de ce mémoire, on retrouve que la forme d'information privilégiée à propos de la rééducation reste la forme orale lors d'une consultation.

Une revue de la littérature de 2021 permet de réaliser le manque d'information des femmes à propos du périnée (37). Une grande majorité des femmes interrogées déclare ne pas avoir reçu d'éducation sur ce sujet. Cette proportion semble décroître chez les femmes plus âgées (38).

Selon Neels et al., la moitié des femmes en période péri-partum n'ont jamais reçu d'information concernant le plancher pelvien (39). Parmi celles informées, seul un très faible pourcentage avait reçu une information avant la grossesse ; *via* des activités sportives telles que le yoga ou les pilates. La grande majorité était informée pendant ou après la grossesse.

Pourtant, les résultats des diverses études montrent que les femmes seraient désireuses d'obtenir des informations à propos de leur périnée si cela leur était proposé (41, 42).

Les sources d'informations principales varient selon les études, pouvant être délivrées par une sage-femme ou tout autre professionnel de santé (42), internet, les livres et les discussions informelles avec l'entourage.

Une étude de 2005 par Coolen et al. montrerait qu'une information délivrée par le médecin directement à la femme engendrerait moins d'anxiété qu'une information écrite et lue par la femme (43).

On peut également lire dans un autre mémoire de sage-femme que 81 % des femmes primipares ne considéreraient pas le sujet tabou (44). *A contrario*, les autres mentionnaient un sujet intime, la notion de pudeur, la méconnaissance.

V) PROBLÉMATIQUE ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Comme mentionné précédemment, force est de constater que le vécu des femmes n'a été que très peu évalué dans la RPP. Les informations reçues et les connaissances des femmes semblent insuffisantes.

En tant que médecin généraliste, je suis amenée à réaliser des suivis de gynécologie, des suivis de grossesse ainsi que des consultations du post-partum. Il me paraît primordial de pouvoir conseiller et informer les femmes afin qu'elles puissent mieux envisager et vivre cette période de rééducation pouvant paraître intrusive.

La prévention d'une façon générale fait partie intégrante de la santé de demain, permettant une diminution des dépenses de soins. Ainsi, il est important de mettre en lumière les obstacles et les leviers de cette méthode préventive que représente la RPP.

Je me suis souvent questionnée sur le vécu des patients d'une façon générale à propos d'examens médicaux et paramédicaux qui peuvent paraître routiniers de notre point de vue professionnel.

La problématique est alors d'étudier s'il existe des écarts de vécu de la RPP chez les femmes, qu'elle aient ou non reçu une information à ce propos au préalable.

Cette thèse permet une ébauche du sujet mêlant vécu et information dans le cadre de la RPP, ainsi qu'une continuité sur les caractéristiques de l'information. Elle laisse la place à la parole de la femme, thème contemporain.

VI) MATÉRIEL ET MÉTHODES

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude non-interventionnelle, qualitative, prospective, multicentrique, non randomisée, en cross-over (dont la femme est son propre témoin avant/après).

2) Population et période d'inclusion

L'étude a été menée au sein des centres périnataux de proximité de Montaigu et Luçon. Ces 2 sites font partie du CHD Vendée de La-Roche-sur-Yon (85).

La période d'inclusion a été de 6 mois, étendue du 25 mai 2021 au 25 novembre 2021.

Les critères d'inclusion étaient : toutes les femmes âgées de plus de 18 ans, réalisant la totalité de leur RPP au sein du CHD sur Montaigu et Luçon.

Les critères de non inclusion étaient : un refus de la patiente de participer, une patiente n'ayant pas réalisé la totalité des séances au CHD, une patiente incapable de comprendre le protocole, de lire la note d'information ou de répondre aux questionnaires, une patiente sous tutelle, curatelle, mandat de protection, habilitation familiale.

La durée de participation était définie comme le délai entre la première séance de RPP et la dernière séance.

La taille attendue de l'échantillon était de 50 femmes ; basée sur le nombre de femmes venues en rééducation sur la même période l'année précédente, soit 2020.

3) Questionnaires

Le support d'étude était composé de 2 questionnaires.

3.a) Premier questionnaire

Le premier questionnaire était constitué de 2 pages. Il était à compléter avant la première séance de rééducation.

Tout d'abord, il comportait la mention du pôle de réalisation de la RPP.

La femme se voyait attribuer un numéro d'anonymat par la secrétaire qui était retranscrit sur le questionnaire ; aussi complété des initiales de la femme.

Il se présentait sous la forme de QCM et de questions ouvertes.

Les QCM étaient : la voie d'accouchement, la réalisation antérieure de RPP, le sentiment d'information suffisante sur la RPP, le sentiment de fardeau, de contrainte, de liberté, d'anxiété, la crainte d'une douleur provoquée par les séances ou de gêne de par le caractère intime de la rééducation, la délivrance ou non d'information à propos de la RPP.

Les questions ouvertes étaient : la date de remplissage du questionnaire, l'âge actuel de la patiente, la date de naissance du dernier enfant, le nombre de grossesses eues au total.

Si les femmes avaient reçu des informations concernant la RPP, elles remplissaient la suite du questionnaire, sous la forme de QCM uniquement :

- Qui leur avait délivré une information : un médecin généraliste ou traitant, une sage-femme, un gynécologue, ou autre.

- De la part de quel intervenant venait la demande d'information : patiente ou professionnel.

- La période de délivrance de l'information : avant, pendant ou après la grossesse.

- La forme de l'information : orale, brochure professionnelle, livre, autre.

- Le nombre de répétitions de l'information : une fois, deux fois, trois fois ou plus.

3.b) Second questionnaire

Le second questionnaire comportait une page uniquement. Il était à remplir avant la dernière séance de rééducation.

Il reprenait la mention du pôle de réalisation de la RPP, le numéro d'anonymat attribué antérieurement à la femme et ses initiales.

Il reprenait les QCM du premier questionnaire, soit le sentiment de fardeau, de contrainte, la douleur provoquée, l'anxiété générée, la gêne du caractère intime. Les femmes pouvaient ajouter des commentaires à propos des QCM respectifs expliquant leur réponse.

S'y additionnaient un QCM à propos de la vraisemblance entre le vécu imaginé et la réalité perçue, et un sur la description du vécu global entre excellent, bon, moyen, mauvais, très mauvais.

Les questions ouvertes étaient : la date de remplissage du questionnaire et le nombre de séances déjà effectuées.

4) Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le vécu de la RPP par les femmes en fonction de la délivrance d'information à ce sujet avant la réalisation de la première séance de rééducation.

Le critère d'évaluation principal était le vécu global en auto-évaluation par la femme. Pour cela, nous avons utilisé une échelle de Likert avec les réponses suivantes : excellent, bon, moyen, mauvais, très mauvais. Nous avons également utilisé les items du questionnaire concernant les concepts de fardeau et de contrainte, le sentiment de liberté, l'anxiété, la gêne occasionnée par le caractère intime, la crainte de la douleur.

L'objectif secondaire était de déterminer les caractéristiques de l'information délivrée permettant un meilleur vécu.

Les critères de jugement secondaires étaient : la délivrance de l'information par qui, quand, comment, le nombre de répétitions, à la demande de quel intervenant.

5) Éthique

L'étude faisait partie de la catégorie 3 de la loi Jardé ; le questionnaire n'a eu aucun impact sur la prise en charge médicale et paramédicale des femmes.

L'étude et les documents nécessaires à sa réalisation ont été validés par le Comité de Protection des Personnes (CPP) « Ile de France II » en recevant un avis favorable avant le début de l'étude, en date du 14 avril 2021. Le numéro d'identification de l'étude était : 2021-A00574-37.

La non-opposition de chaque femme a été obtenue à l'oral, après lui avoir délivré la note d'information lui étant destinée.

L'inclusion dans l'étude a été notifiée dans le dossier médical informatique des femmes.

6) Analyses statistiques

Les données statistiques ont été analysées par un test du Chi2 pour un $p < 0,05$ et un intervalle de confiance de 95 %.

Afin de simplifier les analyses statistiques, nous avons regroupé le vécu en 2 sous-groupes. Le terme de vécu plutôt bon représentait les femmes ayant répondu excellent et bon à la question du vécu, et le terme de vécu plutôt mauvais représentait les femmes ayant répondu moyen, mauvais et très mauvais à cet item.

VII) RÉSULTATS

1) Caractéristiques générales de l'échantillon

Le nombre de femmes incluses au total a été de 43, dont 38 sur Montaigu et 5 sur Luçon.

Les perdues de vue étaient au nombre de 9 : 5 femmes sur Montaigu et 4 femmes sur Luçon. Ces femmes ont réalisé leur première séance de RPP sur le CHD mais ne les ont pas poursuivies.

Une femme sur Montaigu était hors délai de l'étude, le second questionnaire a été rempli le 26 novembre 2021.

L'âge moyen des femmes de l'étude était de 29,5 ans ($\pm 3,71$). A noter que l'âge moyen à Montaigu était de 30 ans ($\pm 3,68$) et à Luçon de 26,2 ans ($\pm 1,6$). Les extrêmes étaient de 21 ans et 40 ans.

Plus de la moitié du total des femmes incluses étaient primipares (58 %). Toutes les femmes sur Luçon étaient primipares.

La très grande majorité des femmes a accouché par voie basse spontanée (84%). Puis, on a observé que 9 % des femmes avaient accouché par voie basse instrumentale. Et enfin, 7 % par césarienne.

2) Caractéristiques de la rééducation

Le délai moyen entre l'accouchement et le début des séances de rééducation du périnée était de 14,5 semaines (± 38) ; avec une extrême supérieure à 5 ans pour une femme. Si on ne considère pas cette-dernière, la moyenne était de 8,6 semaines ($\pm 2,5$).

D'une façon générale, le nombre moyen de séances de rééducation avant le remplissage du second questionnaire était de 6,5 séances ($\pm 0,9$).

A Luçon, le nombre moyen de séances était plus bas (4,8 séances $\pm 0,7$) comparativement à Montaigu (6,7 séances $\pm 0,6$).

3) Données recueillies par les questionnaires

3.a) Comparaison des données entre le premier et le second questionnaire

On a constaté que 23,3 % (n=10) des femmes affirmaient que la RPP serait un fardeau pour elles au premier questionnaire, contre 4,6 % (n=2) au second questionnaire. On retrouvait des explications telles que « pas de motivation », « devoir me déplacer avec mon fils ».

On a retrouvé que 11,6 % (n=5) des femmes affirmaient que la RPP serait une contrainte pour elles au premier questionnaire, contre 4,6 % (n=2) au second questionnaire. Les explications avancées étaient « contrainte par les conséquences de son accouchement », « car la rééducation est nécessaire ».

Une femme a répondu à la fois par oui et non au premier questionnaire à propos du concept de contrainte.

Une minorité des femmes (9,3 %, n=4) craignait la douleur au premier questionnaire, contre 2,3 % (n=1) des femmes ont véritablement ressenti des douleurs lors des séances.

Une femme a répondu à la fois par oui et non au premier questionnaire à propos de la douleur attendue.

Très peu de femmes (7,3 %, n=3) se sentaient anxieuses à l'idée de réaliser des séances de rééducation au premier questionnaire, contre 9,3 % (n=4) l'ont véritablement été au second questionnaire, soit une hausse de 2 %.

Dans les réponses, on a pu retrouver des explications telles que : « un peu car l'inconnu », « la première car c'était l'inconnu », « je ne sais pas comment ça se déroulera », « je ne savais pas à quoi m'attendre », « ne pas savoir si on va bien faire », « l'inconnu et l'intimité ».

Deux femmes n'ont pas répondu à cet item au premier questionnaire.

Environ un quart des femmes (26,8 %, n=11) pensaient être gênées par le caractère intime de la rééducation au premier questionnaire, contre seulement 7 % (n=3) l'ont véritablement été au second questionnaire.

Une femme a répondu à la fois oui et non au premier questionnaire à cet item. Une femme a également répondu de cette manière au second questionnaire.

Deux femmes n'ont pas répondu à cet item au premier questionnaire.

Au fil des questionnaires, il existe donc une évolution positive, soit une proportion de femmes plus faible en ce qui concerne les sentiments de fardeau, de contrainte, de douleur et d'intimité. Néanmoins, on constate une proportion plus élevée de femmes se disant anxieuses de la rééducation entre le premier et le second questionnaire.

3.b) Liberté et vraisemblance

La quasi-totalité des femmes (92,9 %, n=39) estimait qu'elles étaient libres de venir aux séances. Une femme a déclaré : « si je prends les RDV c'est que j'ai fait le choix de venir ».

Une femme n'a pas répondu à la notion de liberté.

Lorsqu'il a été demandé aux femmes si les séances de rééducation ressemblaient à ce qu'elles avaient imaginé, la plupart (83,3 %, n=35) répondaient que oui.

3.c) Données sur l'information

On remarque que près de trois quarts des femmes totales de l'étude (72,1 %, n=31) jugeaient être suffisamment informées à propos de la RPP.

Parmi les 29 femmes ayant reçu une information à propos de la rééducation, même partielle, les détails de délivrance de l'information se présentaient comme suit :

La grande majorité des femmes a été informée par une sage-femme. Le reste des femmes a été informé par un autre professionnel de santé ; excepté une qui a reçu des informations *via* sa sœur. On a pu noter qu'aucune femme n'a été informée uniquement par son médecin traitant.

L'initiative d'information venait presque toujours de la part du professionnel de santé.

Un peu plus d'un tiers des femmes avait été informé uniquement après l'accouchement. Un second tiers a été informé à plusieurs temps par rapport à l'accouchement. Le reste a été informé seulement avant ou pendant la grossesse.

La totalité des femmes a été informée à l'oral. Aucune autre forme d'information n'a été utilisée.

De façon décroissante, les femmes ont le plus fréquemment été informées une seule fois (59 %), puis deux fois (34%) et enfin trois fois ou plus.

En considérant le contenu global de l'information, on remarque que 90 % (n=26) des femmes ont été informées conjointement sur le déroulement et l'intérêt de la RPP. Et 7,3 % (n=3) avaient reçu une information sur l'intérêt mais pas sur le déroulement.

3.d) Données sur le vécu

A propos de la qualification du vécu global des femmes au sein du second questionnaire, avant la réalisation de la dernière séance, 41,9 % (n=18) des femmes qualifient leur vécu d'excellent, 55,8 % (n=24) le qualifient de bon, 2,3 % (n=1) le qualifie de moyen, aucune ne le qualifie de mauvais ou très mauvais.

3.e) Analyse des résultats

Parmi les femmes ayant reçu une information (n=29), elles étaient 37,9 % (n=11) à qualifier leur vécu d'excellent, 62,1 % (n=18) à le qualifier de bon. Aucune femme n'a considéré son vécu comme moyen, mauvais ou très mauvais.

Parmi les femmes n'ayant pas été informées (n=12), elles étaient 41,7 % (n=5) à qualifier leur vécu d'excellent, 50 % (n=6) à qualifier leur vécu de bon, 8,3 % (n=1) à le qualifier de moyen. Aucune femme n'a considéré son vécu comme mauvais ou très mauvais.

Inversement, en considérant une perspective différente, on peut comparer dans chaque type de vécu, s'il avait été délivré une information ou non.

En considérant le vécu comme excellent (n ajusté=16, car 2 femmes n'ont pas répondu si elles avaient reçu une information), 68,8 % (n=11) avaient reçu une information, contre 31,2 % (n=5) qui n'en avaient pas reçu.

Parmi les femmes ayant qualifié leur vécu de bon (n=24), 75 % (n=18) avaient reçu une information, contre 25 % (n=6) qui n'en avaient pas reçu.

La seule femme qui qualifiait son vécu de moyen n'avait pas reçu d'information au préalable.

Info	Vécu regroupé		
	Plutôt bon	Plutôt mauvais	Total
Oui	29	0	29
Non	11	1	12
Total	40	1	41

Tableau 1 : Résultats du vécu regroupé selon la délivrance d'information

En terme d'analyses statistiques selon le Chi2, il n'existe pas de différence significative entre le vécu et la délivrance d'une information car $p > 0,05$.

		Info délivrée	Info non délivrée	Total
Fardeau	oui	12,2 (n=5)	12,2 (n=5)	24,4 (n=10)
	non	58,5 (n=24)	17,1 (n=7)	75,6 (n=31)
Contrainte	oui	4,9 (n=2)	9,8 (n=4)	14,7 (n=6)
	non	65,8 (n=27)	19,5 (n=8)	85,3 (n=35)
Liberté	oui	65 (n=26)	27,5 (n=11)	92,5 (n=37)
	non	5 (n=2)	2,5 (n=1)	7,5 (n=3)
Douleur	oui	7,3 (n=3)	2,4 (n=1)	9,7 (n=4)
	non	63,4 (n=26)	26,8 (n=11)	90,2 (n=37)
Anxiété	oui	7,3 (n=3)	0	7,3 (n=3)
	non	63,4 (n=26)	29,3 (n=12)	92,7 (n=38)
Intimité	oui	19,5 (n=8)	9,8 (n=4)	29,3 (n=12)
	non	51,2 (n=21)	19,5 (n=8)	70,7 (n=29)

Tableau 2 : Résultats des concepts selon la délivrance d'information exprimé en % (n)

Parmi les femmes considérant leur RPP à venir comme un fardeau (réponse du premier questionnaire uniquement), il existait une proportion égale de femmes ayant reçu une information au préalable que de femmes non informées. Statistiquement, il n'existe pas de différence significative entre le sentiment de fardeau et la délivrance d'une information car $p > 0,05$.

Parmi les femmes se sentant contraintes de venir aux séances, elles étaient deux fois plus parmi celles n'ayant pas été informées (ratio 2:1). On a pu retrouver un $p < 0,05$, il existe donc une différence significative entre l'existence d'un sentiment de contrainte et la délivrance d'une information.

Le sentiment de liberté de choix était partagé par plus de deux fois plus de femmes lorsqu'elles recevaient une information au préalable. Étant donné un $p > 0,05$, il n'existe pas de différence significative entre le sentiment de liberté et la délivrance d'information.

La proportion de femmes imaginant que la RPP était pourvoyeuse de douleur était plus élevée chez celles qui avaient reçu une information. Pour autant, en terme statistique, $p > 0,05$, il n'existe donc pas de différence significative entre la crainte de douleur et la délivrance d'une information.

L'anxiété générée avant la première séance était plus élevée chez les femmes ayant reçu une information. Néanmoins, $p > 0,05$, il n'existe pas de différence significative entre l'anxiété avant la première séance et la délivrance d'information.

Parmi celles dont le caractère intime de la rééducation était considéré comme gênant, elles étaient plus nombreuses à avoir été informées au préalable. Mais $p > 0,05$, il n'existe donc pas de différence significative entre le caractère intime de la rééducation et la délivrance d'une information.

VIII) DISCUSSION

1) Résultats principaux

D'une façon récapitulative, délivrer une information préalable au début des séances de rééducation du périnée en post-partum avant la première séance n'apporte pas de différence significative de vécu global de celle-ci aux femmes. Le vécu étant qualifié intégralement de plutôt bon chez les femmes informées, les détails concernant cette information ne semblent pas impacter leur vécu.

Néanmoins, la seule différence significative retrouvée au sein de l'étude est celle concernant le sentiment de contrainte ; il est significativement différent grâce à l'apport d'une information au préalable ($p < 0,05$). On rappelle les proportions : 4,8 % (n=2) de femmes informées se sentant contraintes contre 65,8 % (n=27) de femmes non informées se sentant contraintes.

Par ailleurs, on peut remarquer que l'apport d'une information avant le début de la rééducation ne permet pas aux femmes d'en construire une image plus positive concernant les concepts de fardeau, contrainte, liberté, crainte de la douleur, anxiété, intimité. L'avancée progressive des séances de rééducation au fil du temps permet une amélioration de ces concepts cités ci-dessus, à l'exception de l'anxiété.

2) Comparaison des résultats avec la littérature

En terme d'épidémiologie, la proportion de femmes ayant accouché par voie basse dans l'étude est nettement supérieure à la moyenne française en 2020 de 65,8 % (48). L'âge moyen des femmes ayant accouché en Vendée en 2011 était de 29,8 ans, très proche de l'âge moyen de l'étude (49). La proportion de primipares en 2011 en Vendée est de 45,5 %, comparativement aux 58 % de l'étude.

Contrairement à la littérature citée, dans notre étude la majorité des femmes se considéraient suffisamment informées sur la RPP (37, 39, 53). Ici, le sentiment d'information suffisante était déclaratif et subjectif à chaque femme ; il n'existait pas d'item permettant d'approfondir le sujet du périnée avec des questions précises telles que sa localisation, son utilité anatomique et fonctionnelle. Une étude de Chen et al. (51) démontre ce manque de connaissances en soins primaires et rappelle l'importance de l'information dans le but de déconstruire les fausses croyances, particulièrement chez les femmes à bas niveau éducatif. Surtout, elle rappelle que les soins primaires représentent souvent le premier accès aux soins des patientes, et que si l'information est bien délivrée dès le début cela permettrait d'éviter la dégradation des incontinences urinaires et des prolapsus obligeant le recours aux techniques chirurgicales et non plus médicales.

Pour aller plus loin quant au sujet de l'information, on peut citer en exemple une étude de Blanchard et al. qui a démontré que le seul fait d'informer les femmes sur leur périnée, de le définir en tant qu'entité anatomique et biomécanique grâce à des séances dédiées à cela avant la réalisation des séances de rééducation à proprement parlé, permettrait déjà d'améliorer les symptômes d'incontinence urinaire ou de prolapsus (50). De même, la délivrance d'information au préalable permettrait d'augmenter la capacité contractile et la performance des muscles du plancher pelvien (52).

D'une façon similaire à la littérature, la forme privilégiée d'information restait la forme orale (36).

L'information leur était délivrée à tous les temps par rapport à la grossesse, non majoritairement en post-partum.

3) Forces et faiblesses de l'étude

Parmi les forces de cette étude, on peut citer le fait d'avoir recueilli les données *via* un questionnaire standardisé pour toutes les femmes ainsi que l'accréditation éthique préalable au début de l'étude.

Néanmoins, le questionnaire était certes standardisé et éthiquement validé, mais avait été réalisé par mes soins sans validation scientifique.

Le caractère longitudinal de l'étude, en suivant les femmes du début à la fin de leur rééducation, constitue également une force. De même que la durée de la période d'inclusion de 6 mois.

Parmi les autres limites de l'étude, on retrouve la taille de l'échantillon de 43 femmes seulement. Cela peut être expliqué par le fait que la population d'étude soit représentée uniquement par des femmes qui réalisaient leur RPP sur les sites des centres périnataux de proximité du CHD Vendée. Pour plus de puissance statistique, une étude de même type pourrait être réalisée dans un plus grand nombre de centres hospitaliers.

A Montaigu, 49 femmes sont venues pour leur première séance de rééducation du périnée sur la période d'inclusion. Or, 38 femmes ont été incluses dans l'étude, soit une inclusion de 77,5 % des femmes s'étant présentées en consultation. Au contraire, le taux d'inclusion à Luçon était plus faible, de l'ordre de 45,5 % (5 femmes incluses sur 11 sur la période d'inclusion).

Je ne trouve pas d'explication évidente à cette différence entre les 2 sites. On peut éventuellement supposer un lien avec l'âge plus faible à Luçon, témoin d'un désintérêt pour le sujet. On peut également supposer un manque de temps pour le remplissage du questionnaire avant leur séance de par le fait que les femmes n'étaient pas prévenues de l'étude au préalable donc n'arrivaient pas forcément en avance. Aussi, il est possible que les sage-femmes soient à l'heure, ce qui ne laisse pas de temps libre à la femme pour remplir le questionnaire. Pour terminer, il s'agit peut-être d'un manque d'information claire à propos de l'étude.

Le nombre de perdues de vue est élevé (17%) si on définit un chiffre optimal de l'ordre de 5 % comme mentionné régulièrement dans d'autres études (par exemple, (46)). Ces femmes n'ont pas été incluses dans l'analyse des résultats dans la mesure où elles n'ont pas rempli la totalité des questionnaires ; elles ne remplissent donc pas les critères d'inclusion.

Il est plus pertinent de considérer le taux de réponse aux questionnaires de 83 % (83 % des femmes à qui les questionnaires ont été distribués ont été jusqu'à remplir le second dans sa totalité) comme bon comparativement à d'autres études comportant des questionnaires (par exemple, (47)).

Les questionnaires comportaient des réponses fermées à cocher, avec la possibilité de parfois compléter les réponses par des commentaires libres. Finalement, ces-derniers ont été peu utilisés par les femmes. Un questionnaire basé sur des questions ouvertes sous forme d'interview laissant plus d'espace à la discussion permettrait d'obtenir une palette plus large et diversifiée de réponses. Aussi, cela permettrait de ne pas orienter les réponses.

Il existait un biais de sélection car le questionnaire a été distribué uniquement en milieu hospitalier. Selon le Conseil de l'Ordre de la profession en 2017, la majorité du type d'exercice des sage-femmes en Vendée est salariée (64%) donc supposément hospitalière (45). L'échantillon de femmes de l'étude est donc partiellement représentatif de la population vendéenne, cependant l'étude ne nous permet pas d'enrichir les données avec celles issues de la ville et de l'exercice libéral dont les caractéristiques des femmes peuvent être différentes.

Aussi, le second biais de sélection était représenté par le fait que l'étude ait été menée uniquement chez des femmes dans un contexte de post-partum. Nous sommes en droit de nous questionner sur l'éventualité de résultats différents dans une population plus hétérogène comportant des femmes en post-partum et des femmes plus âgées présentant des plaintes d'incontinence urinaire par exemple.

Dans l'étude, une seule femme réalisait sa rééducation périnéale très à distance de son accouchement (5 ans). Elle a qualifié son vécu de bon.

En milieu hospitalier, il est envisageable de considérer que les femmes ne connaissaient pas la sage-femme réalisant avec elle la RPP ; ceci réduisant le lien de confiance et possiblement le vécu. Il n'existait pas de question et d'item à ce propos. Malgré cela, le vécu final est considéré comme positif. On peut supposer que le lien de confiance se crée au fur et à mesure des séances qui sont plutôt fréquentes et rapprochées dans le temps.

Néanmoins, ceci est à nuancer dans la mesure où les femmes ont été le plus informées par une sage-femme. Se pose alors la question si cela était leur sage-femme libérale ou la même sage-femme que celle réalisant les séances de rééducation avec elles.

Une des perspectives pourrait être de réaliser ce type d'étude en ville, chez des sage-femmes libérales ayant déjà leur patientèle de femmes qu'elles suivent habituellement pour des motifs gynécologiques ou suite à leurs accouchements précédents.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de questionner la patientèle et les pratiques des kinésithérapeutes quant à la RPP, eux aussi étant impliqués dans cette rééducation. Les recherches et les demandes auprès du Conseil de l'Ordre des Kinésithérapeutes n'ont pu aboutir à des données concernant la proportion de kinésithérapeutes réalisant de la RPP.

Il semble également que les concepts de contrainte et de liberté aient parfois été considérés comme similaires. Le sens véritable de contrainte dans les questionnaires relevait plutôt du domaine de la pénibilité. Le mot contrainte manquait de pertinence et n'était pas suffisamment explicite.

Le seul résultat significatif de l'étude étant celui touchant à la notion de contrainte, ce manque de pertinence dans le terme utilisé rend le résultat finalement peu fiable.

Il existe un autre manque de pertinence sémantique dans le premier questionnaire à propos du nombre de grossesse déjà eues au total, confondant le terme gestité et parité.

En analysant les résultats du vécu des femmes qui ont reçu une information au préalable, on constate que la totalité d'entre elles (n=29) décrivent leur vécu comme excellent ou bon ; donc un vécu plutôt positif de la RPP. Les détails de la délivrance d'information avant la première séance ne semblent alors pas impacter leur expérience personnelle à ce propos.

Bien que certaines femmes n'aient pas reçu d'information au préalable à propos de la rééducation, il est possible qu'elles en aient reçu lors de la première séance ou au fil des séances avec la sage-femme ; ceci constituant un biais d'information non négligeable dans l'étude dans la mesure où l'item du vécu était à remplir au second questionnaire.

Il existe un autre biais d'information et également de mémorisation de part le fait que quelques femmes (n=6) se disant suffisamment informées déclaraient ne pas avoir reçu d'information sur la RPP.

Certain items du premier questionnaire n'ont pas été utilisés dans l'analyse *stricto sensu* des résultats : l'âge de la patiente, le nombre de grossesses totales, le mode de naissance, le délai entre l'accouchement et leur RPP, le nombre de séances effectuées. Ces-derniers n'ont pas été analysés en considérant le vécu dans la mesure où le vécu plutôt bon est très majoritaire. Cette analyse n'apporterait pas de pertinence supplémentaire ; ces résultats sont alors présents dans une logique d'épidémiologie.

IX) CONCLUSION

Bien que cette étude n'ait pas révélé de différence majeure et significative de vécu que les femmes aient reçu ou non une information quant à leur rééducation pelvi-périnéale en post-partum, on a pu mettre en évidence que le vécu global de cette rééducation si particulière était finalement bon.

Le sujet du vécu est nouveau, dans le cadre d'une médecine contemporaine davantage centrée sur le patient où le médecin n'est pas seul décisionnaire.

Il me paraît alors important et éthique dans un sens plus large de continuer à informer nos patients, d'expliquer nos prescriptions et d'en discuter avec eux. Une information claire sur les examens et les traitements permet aux patients de prendre une décision éclairée quant à leur santé et d'ouvrir la discussion patient-médecin à ce propos.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SJ Woodley, R Boyle, JD Cody, S Mørkved, EJC Hay-Smith. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 22 déc 2017;12:CD007471.
2. PT Zizzi, KF Trevisan, N Leister, C da S Cruz, MLG Riesco. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm U P.* 10 avr 2017;51:e03214.
3. C Dumoulin, LP Cacciari, EJC Hay-Smith. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Oct 4;10(10):CD005654.
4. Kamina. Anatomie clinique, Organes urinaires et génitaux, Pelvis, Coupes du tronc. Vol. 4. Maloine; 2014.
5. Anatomie du périnée féminin [Internet]. Disponible sur: <https://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf>.
6. Cours [Internet]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/1.html#1>.
7. J-J Labat, R Robert, D Delavierre, L Sibert, J Rigaud. Approche symptomatique des douleurs neuropathiques somatiques pelvipérinéales chroniques. *Prog Urol.* 2010 Nov;20(12):973-81.
8. David Moszkowicz. Etude anatomique et fonctionnelle de l'innervation pelvipérinéale de la femme: cartographie tridimensionnelle de l'expression de la forme neurale de l'enzyme de synthèse de l'oxyde nitrique (nNOS). Thèse de Doctorat en Médecine humaine et pathologie. Université Paris Sud – Paris XI, 2012. Français.
9. R Robert, J-J Labat, T Riant, J-M Louppe, O Hamel. Le nerf pudendal : morphogenèse, anatomie, physiopathologie, clinique et thérapeutique. *Neurochirurgie.* 2009 Oct;55(4-5):463-9.
10. John OL DeLancey. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016 Oct;28(5):420-9.
11. JA Ashton-Miller, D Howard, JOL DeLancey. The Functional Anatomy of the Female Pelvic Floor and Stress Continence Control System. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 2001; (207):1-7; discussion 106-25.
12. J Quaghebeur, P Petros, J-J Wyndaele, S De Wachter. Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Oct;265:143-149.
13. R Yiou, P Costa, F Haab, V Delmas. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. *Prog Urol.* 2009 Dec;19(13):916-25.

14. SR Rossetti. Functional anatomy of pelvic floor. Arch Ital Urol Androl. 2016 Mar 31;88(1):28-37.
15. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Rééducation dans le cadre du post-partum. Dec 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf.
16. A-S Riteau. RPC Post-partum, Prise en charge maternelle : Que retenir. Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, HME Nantes. Disponible sur: https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/24112016_riteau_prise_en_charge_maternelle_rpc_postpartum.pdf.
17. M-V Sénat et al. Post-partum : Recommandations pour la pratique clinique – Texte court. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Dec;44(10):1157-66.
18. ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum, Synthèse des recommandations. Dec 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_post_partum.pdf.
19. B Leriche, S Conquy. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. Prog En Urol. 1 févr 2010;20:S104-8.
20. A Villot, X Deffieux, G Demoulin, A-L Rivain, C Trichot, T Thubert. Prise en charge de l'incontinence anale du post-partum : revue de la littérature. Prog Urol. 2015 Dec;25(17):1191-203.
21. H Damon, L Siproudhis, JL Faucheron, T Piche, L Abramowitz, M Eléouet, et al. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study. Dig Liver Dis. 2014 Mar;46(3):237-42.
22. X Deffieux, S Vieillefosse, S Billecocq, A Battut, J Nizard, B Coulm, T Thubert. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Dec;44(10):1141-6.
23. A Battut, J Nizard. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. Prog Urol. 2016 Mar;26(4):237-44.
24. A Battut, J Nizard. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. Prog Urol. 2016 Mar;26(4):237-44.
25. F Ghaderi, P Bastani, S Hajebrahimi, MA Jafarabadi, B Berghmans. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. Int Urogynecology J. 2019 Nov;30(11):1849-55.
26. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens [Internet]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/cours.pdf>.
27. X Deffieux. Incontinence urinaire et grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2009 Dec;38(8 Suppl):S212-31.

28. M Torella, MT Schettino, C Tamaro, A Grimaldi, F Del Deo, F Gimigliano, N Colacurci. Long-term outcomes of perineal rehabilitation. *Minerva Ginecol.* 2014 Apr;66(2):219-27.
29. Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison. 04 Août 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne-suivi-domicile>.
30. Collège National des Sages-Femmes de France, coordonné par Chantal Fabre-Clergue, sous la direction de Sophie Guillaume. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. 2014. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/05/R%C3%A9%C3%A9ducation-pelvi-p%C3%A9rin%C3%A9ale-2014.pdf>
31. ECL Mateus-Vasconcelos, AM Ribeiro, FI Antônio, LG de O Brito, CHJ Ferreira. Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2018 Jun;34(6):420-32.
32. Sandra Villaume. Le choix de la méthode de rééducation périnéale : critères retenus par les sages-femmes libérales en 2012. *Médecine humaine et pathologie.* 2013.
33. M Perrigot, B Pichon, A Peskine, K Vassilev. Électrostimulation et rééducation périnéale de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels non neurologiques. *Ann Readapt Med Phys.* 2008 Jul;51(6):479-90.
34. Revue Prescrire. Incontinence urinaire d'effort chez une femme, Premiers choix Prescrire. 2020.
35. Lola Jaunet. La Rééducation Périnéale dans le Post-partum : Observance, Pratiques et Opinions des Patientes. Angers; 2014.
36. Aliciane Tostain. Rééducation pelvi-périnéale du post-partum: quelles sont les attentes des patientes? Etude descriptive auprès de primipares en suites de couches à l'Hôpital Foch. Maieutique. Versailles; 2021.
37. M Mouadil, V Blanchard, R Fauvet, A Dehaene, A-C Pizzoferrato. Troubles pelvi-périnéaux : quelles connaissances en ont les adolescentes et les jeunes femmes? Une revue de la littérature. *Prog Urol.* 2022 Mar;32(4):258-267.
38. AM Parden, RL Griffin, K Hoover, DR Ellington, JL Gleason, KL Burgio, HE Richter. Prevalence, Awareness, and Understanding of Pelvic Floor Disorders in Adolescent and Young Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016 Sep-Oct;22(5):346-54.
39. H Neels, WAA Tjalma, JJ Wyndaele, S De Wachter, M Wyndaele, A Vermandel. Knowledge of the pelvic floor in menopausal women and in peripartum women. *J Phys Ther Sci.* 2016 Nov;28(11):3020-9.
40. H Neels, JJ Wyndaele, WAA Tjalma, S De Wachter, M Wyndaele, A Vermandel. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J Phys Ther Sci.* 2016 May;28(5):1524-33.

41. M Charrié, S Billecocq. Troubles pelvipérinaux de la période périnatale: état des connaissances des femmes, une revue systématique. *Prog Urol*. 2021 Mar;31(4):183-240.
42. AM Hill, SM McPhail, JM Wilson, RG Berlach. Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. *Int Urogynecology J*. 2017 Oct;28(10):1557-65.
43. JCG Coolen, JMG Florisson, IP Bissett, BR Parry. Evaluation of knowledge and anxiety level of patients visiting the colorectal pelvic floor clinic. *Colorectal Dis*. 2006;8(3):208-11.
44. H Tonneau, B Branger, F Chauvin, J Guerneur, J-Y Grall. Le périnée, qu'en savent les femmes ? *Mémoire. La Revue Sage-Femme*. 2005;4:109-114.
45. Données démographiques de la profession. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
46. JR Dettori. Loss of follow-up. *Evid Based Spine Care J*. 2011 Feb;2(1):7-10.
47. GG Rowley, SJ MacNeill, MJ Ridd. Emollient satisfaction questionnaire: validation study in children with eczema. 2022 Jul;47(7):1337-1345.
48. Réseau sécurité naissance. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/centre-hospitalier-departemental-vendee-85/>
49. ORS Pays de la Loire. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Mise à jour juillet 2013. Juillet 2013. 149 pages. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-publications>
50. V Blanchard, K Nyangoh-Timoh, X Fritel, A Fauconnier, AC Pizzoferrato. Importance of a pelvic floor lifestyle program in women with pelvic floor dysfunctions: A pilot study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021 Apr;50(4):102032.
51. CCG Chen, J T. Cox, C Yuan, L Thomaier, S Dutta. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: a crosssectional study. *BMC Fam Pract*. 2019 May;20(1):70.
52. L Díaz-Álvarez, L Lorenzo-Gallego, H Romay-Barrero, V Prieto-Gómez, M Torres-Lacomba, B Navarro-Brazález. Does the Contractile Capability of Pelvic Floor Muscles Improve with Knowledge Acquisition and Verbal Instructions in Healthy Women? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul;19(15):9308.
53. D Daly, C Cusack, C Begley. Learning about pelvic floor muscle exercises before and during pregnancy: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. 2019 Jun;30(6):965-975.

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information patiente pour inclusion



**Note d'information pour la participation
à la recherche sur le vécu de la rééducation du périnée en post-
partum en
fonction de l'information délivrée**

Médecin Coordinateur :

Nom : Dr Guillaume DUCARME

Etablissement/service : Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier
Départemental (CHD), 85925 La Roche sur Yon

**Etablissement promoteur responsable de la recherche et du traitement des
données :**

CHD de la Roche sur Yon - Boulevard Stéphane Moreau, 85925 La Roche sur Yon
Secrétariat Unité de recherche clinique du CHD de la Roche sur Yon : 02 51 44 65 72

Délégué responsable de la protection des données du centre promoteur :

Centre Hospitalier Départemental Vendée/ Département du système d'information -
Boulevard Stéphane Moreau - 85925 La Roche sur Yon

Numéro de téléphone : 02 51 44 65 72

Mail : dpo@chd-vendee.fr

Madame,

Vous avez choisi de réaliser vos séances de rééducation du périnée en post-partum au sein
des établissements dépendants du CHD de Vendée à Montaigu et Luçon.

Nous souhaiterions réaliser une étude clinique à propos du vécu de cette rééducation et des informations qui vous ont été délivrées. Le CHD est le promoteur de cette étude, il en est le responsable et en assure toute l'organisation.

Avant de décider de participer à cette étude, il est important que vous lisiez attentivement les pages suivantes qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche.

Prenez le temps de lire les informations suivantes et d'en discuter avec vos proches si besoin. Si certains points ne sont pas clairs ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à en parler à la personne qui vous a proposé l'étude. Vous disposerez d'environ une heure (temps moyen entre votre arrivée pour la séance de rééducation, votre attente standard et le début de votre séance) pour décider si vous souhaitez participer ou non à l'étude.

Votre participation est entièrement libre et vous pouvez refuser d'y participer. Dans ce cas-là, vous continuerez à être suivie selon la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux normes actuelles.

1- OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Le but de cette recherche de thèse est de déterminer le type d'information que vous avez reçu à propos de la rééducation du périnée en post-partum et d'en évaluer l'impact sur le vécu de celle-ci.

2- METHOLOGIE DE L'ETUDE

Cette recherche est réalisée uniquement au CHD de Vendée sur les sites de Montaigu et Luçon. Il est prévu d'inclure une cinquantaine de patientes qui réalisent leurs séances de rééducation du périnée en post-partum.

3- DEROULEMENT DE L'ETUDE

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, il vous sera demandé de remplir 2 questionnaires ; un premier avant votre première séance de rééducation et un second avant votre dernière séance de rééducation.

Aucune donnée ne sera extraite de votre dossier médical. Seules les réponses que vous aurez apportées aux questionnaires seront utilisées pour cette recherche.

4- CONTRAINTES ET RISQUES LIES A L'ETUDE

Il n'y a pas de risque spécifique à participer à cette étude.

La seule contrainte est de répondre aux 2 questionnaires avant votre première et votre dernière séance de rééducation.

5- BENEFICES LIES A L'ETUDE

Votre participation permettra d'évaluer le vécu de la rééducation du périnée en post-partum et d'améliorer la qualité de l'information délivrée par le professionnel de santé.

6- VOS DROITS

6-1. Vos droits relatifs à la réglementation en recherche clinique

Le promoteur de cette étude, c'est-à-dire l'organisme qui en assure la gestion et la responsabilité, est le Centre Hospitalier Départemental (CHD) Vendée situé Boulevard Stéphane Moreau à La Roche sur Yon.

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez arrêter votre participation en informant simplement la personne qui vous a présenté l'étude, sans avoir à vous justifier et sans conséquence sur la suite de votre prise en charge ni sur la qualité des soins qui vous seront fournis.

Durant l'étude, vous serez avertie par la personne qui vous a présenté l'étude, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude.

Les Autorités de Santé, la personne qui vous a présenté l'étude ou le Promoteur peuvent décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en seriez averti et les raisons vous seraient expliquées.

Le CHD Vendée a pris toutes les dispositions prévues par la réglementation relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches et notamment la loi Jardé n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine complétée par l'ordonnance n°2016-800 et ses textes d'application.

Conformément à ces textes réglementaires, cette recherche a été évaluée par le Comité de Protection des Personnes (CPP) Ile de France II qui a pour mission de vérifier la pertinence médicale et scientifique de l'étude, les conditions requises pour votre protection et le respect de vos droits. Ce Comité a émis un avis favorable le 12/04/2021. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a également été informée de la réalisation de cette étude le 14/04/2021.

6-2. Vos droits relatifs à l'utilisation de vos données à caractère personnel

Le traitement de vos données personnelles a pour finalité la réalisation de la recherche et est fondé sur la mission d'intérêt public dont est investi le Promoteur.

Vos données seront utilisées dans le respect de la réglementation en vigueur, notamment le Règlement (UE) n° 2016/679 relatif à la protection des données personnelles (RGPD) et la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Loi Informatique et Libertés » modifiée.

Dans le cadre de l'utilisation de vos données, le CHD Vendée s'est engagé à être conforme à la Méthodologie de Référence 003 (MR003) de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Cette méthodologie fixe les conditions dans lesquelles l'utilisation doit être effectuée dans le but d'assurer une sécurité et une confidentialité optimale de vos données.

Les données personnelles utilisées seront pseudonymisées (numéro de code + initiales de votre nom et de votre prénom). Ces données personnelles ne feront pas apparaître votre identité qui ne sera connue que par l'équipe soignante vous prenant en charge.

Votre dossier médical restera confidentiel et ne sera pas consulté pour cette recherche. Seules les données issues du questionnaire pourront être consultées sous la responsabilité du responsable de la recherche ainsi que par les autorités de santé et par des personnes désignées par le promoteur de l'étude et soumises au secret professionnel.

Conformément aux dispositions citées ci-dessus, vous disposez, à tout moment, des droits suivants:

- d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles,
- d'un droit de consultation à l'ensemble des informations concernant votre santé (résultats d'examens, compte-rendus de consultation...)
- d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche,
- d'un droit à la limitation de l'utilisation de vos données (ceci signifie que vous pouvez demander le gel temporaire à l'utilisation de certaines de vos données).

Ces droits s'exercent auprès du responsable de la recherche qui seul connaît votre identité ou auprès du Délégué à la Protection des Données dont les coordonnées sont indiquées au début de ce document. Conformément à la réglementation, le droit d'opposition et le droit à l'effacement de vos données ne s'appliquent pas dans le cadre de cette recherche.

Vous avez également le droit de déposer une réclamation concernant les modalités d'utilisation de vos données auprès de l'autorité de surveillance chargée d'appliquer la loi relative à la protection des données : par courrier postal (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS Cedex 07) ou directement en ligne (<https://cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>).

Aux termes de l'article L. 1122-1 du Code de la santé publique, vous pourrez être informé des résultats définitifs et globaux de l'étude, une fois celle-ci terminée, en vous adressant au responsable de l'étude. Les résultats de cette recherche peuvent faire l'objet de publications dans des revues scientifiques.

Vos données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou en cas d'absence de publication jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'un archivage conformément à la réglementation en vigueur durant 15 ans après la fin de l'étude.

1- UTILISATION ULTERIEURE DE VOS DONNEES

Si vous ne vous y opposez pas, le CHD Vendée pourra utiliser les données pseudonymisées collectées pour de futures recherches qui seront menées sur le vécu de la rééducation du périnée en post-partum. Ces recherches pourront être effectuées soit uniquement par les équipes du CHD Vendée, soit dans le cadre de collaborations avec d'autres équipes de recherche publique en France.

Vous pourrez à tout moment vous opposer à l'utilisation de certaines de vos données médicales auprès du CHD Vendée par divers moyens (en utilisant l'adresse mail suivante : dpo@chd-vendee.fr ou par courrier adressé à l'adresse postale suivante : CHD Vendée - Département du système d'information - Boulevard Stéphane Moreau – 85925 La Roche sur Yon) et sans apporter de justificatifs.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci d'en informer oralement la personne qui vous a présenté l'étude.

Vous conservez cette lettre d'information.

Nom/Prénom du patient :

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

Je soussigné(e), atteste que la patiente a reçu l'information concernant le protocole de recherche et (**cases à cocher**):

qu'elle ne s'est pas opposée à participer à l'étude et à l'utilisation de ses données ;

qu'elle ne s'est pas opposée à la réutilisation de ses données pour des recherches ultérieures telles que décrites dans la lettre d'information.

Date du recueil de la non-opposition:/...../.....

Nom, Prénom et Signature de la personne ayant recueilli la non-opposition de la patiente :

.....

QUESTIONNAIRE n°1

« Etude du vécu de la rééducation du périnée en post-partum en fonction de l'information délivrée. »

Centre (rayer la mention inutile) : [Montaigu] [Luçon]

N° Patiente : [] []

Patiente Nom : 1ère lettre [] Prénom : 1ère lettre []

Date de remplissage :

Votre âge :

Date de naissance de votre dernier enfant :

Comment avez-vous accouché de votre dernier enfant :

- Voie basse spontanée
- Voie basse instrumentale (ventouse, forceps, spatules)
- Césarienne

Combien de grossesses avez-vous déjà eu au total ?

Avez-vous déjà fait des séances de rééducation du périnée lors des grossesses précédentes ?

- Oui
- Non

Globalement, vous sentez-vous suffisamment informée sur la rééducation du périnée en post-partum ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que les séances seront un fardeau pour vous ?

- Oui
- Non

Vous sentez-vous contrainte de venir aux séances ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que vous êtes libre de venir aux séances ?

- Oui, je pense que j'ai le choix
- Non, je trouve que je n'ai pas le choix

Pensez-vous que les séances seront pourvoyeuses de douleur ?

- Oui
- Non

Les séances vous rendent-elles anxieuses ?

- Oui. Pourquoi :
-

- Non

Pensez-vous que vous serez gênée par le caractère intime de cette rééducation ?

- Oui
- Non

Vous a-t-on expliqué l'intérêt et le déroulement des séances ?

- Oui
- Non

*** FIN DU QUESTIONNAIRE POUR CELLES QUI ONT REPONDU NON ***

Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, merci de répondre aux questions suivantes :

Par qui cela vous a été expliqué ?

- Médecin généraliste / médecin traitant
- Sage-femme
- Gynécologue
- Autre :

La demande d'explications venait-elle :

- De vous
- Du professionnel

A quel moment avez-vous reçu l'information ?

- Avant la grossesse
- Pendant la grossesse
- Après l'accouchement

Sous quelle forme avez-vous reçu l'information ?

- Orale
- Brochure donnée par un professionnel
- Livre
- Autre :

Combien de fois vous a-t-on expliqué les choses ?

- Une fois
- Deux fois
- Trois fois ou plus

MERCI DE VOTRE AIDE

QUESTIONNAIRE n°2

« Etude du vécu de la rééducation du périnée en post-partum en fonction de l'information délivrée. »

Centre (rayer la mention inutile) : [Montaigu] [Luçon]

N° Patiente : [] []

Patiente Nom : 1ère lettre [] Prénom : 1ère lettre []

Date de remplissage :

Nombre de séances déjà effectuées :

Les séances de rééducation du périnée ressemblaient-elles à ce que vous aviez imaginé ?

- Oui
- Non

Les séances ont-elles été un fardeau pour vous ?

- Oui. Pourquoi :

- Non

Vous sentiez-vous contrainte de venir aux séances ?

- Oui. Pourquoi :

- Non

Les séances ont-elles été pourvoyeuses de douleur ?

- Oui
- Non

Les séances vous ont-elles rendues anxieuse ?

- Oui. Pourquoi :

- Non

Avez-vous été gênée par le caractère intime de cette rééducation ?

- Oui
- Non

A propos de votre vécu global de cette rééducation, vous diriez qu'il a été :

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

MERCI DE VOTRE AIDE

Annexe 4 : *Avis favorable du CPP*

Comité de Protection des Personnes

« Ile de France II »

Bureau :

Président : Stéphane DONNADIEU
Vice-Présidente : Marie-France MAMZER-BRUNEEL
Secrétaires : Laura CHEVREAU, Pierre COLONNA

Membres :

C. ARDIOT, C. BALLOUARD, J.-L. BRESSON, C. BROISSAND, M. DE FALLOIS, A.GOUËL, L.GUEST, M-C LAI, M.LARGEAU,
C. MARTINEAUX, M.SEHAN, M. WACK, R.JACOB-VESTLING, Y.LEVY, A-S. DEBORDE, M. SIMON, C. FABRE

Secrétariat : Nora VESTRIS

PARIS, le 13/04/2021

M. Francis Saint Hubert
CHD Vendée
Boulevard Stéphane MOREAU
85925 LA ROCHE SUR YON

Projet de recherche n°**21.02.26.42508 RIPH3 HPS**
N° ID RCB : [2021-A00574-37](#)

Le Comité a été saisi en date du **26/02/2021** d'une demande d'avis pour un projet de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3° intitulé :

« Étude sur le vécu de la rééducation du périnée en post-partum en fonction de l'information délivrée »

Investigateur en France : [Dr Guillaume DUCARME](#)

Promoteur : [CHD Vendée](#)

Les informations relatives à ce projet ont été examinées en réunions du **15/03/2021** et du **12/04/2021** sur la base des éléments suivants :

Dossier initial

Formulaires

- [COU - 26/02/21 - rpp courrierdepot 20210224 pdf](#)
- [DEM - 26/02/21 - rpp questionnaireautoevaluation 20210224](#)

Documents liés à la recherche

- [INF - 26/02/21 - rpp ni v1 20210125 pdf](#)
- [DON - 26/02/21 - rpp conformite mr 20210224 pdf](#)

Projet de recherche n°**21.02.26.42508 RIPH3 HPS**
N° ID RCB : [2021-A00574-37](#)

- [DON - 26/02/21 - mr 003 cnil chd vend e 30 09 2016 pdf](#)

Annexes

- [DOC - 26/02/21 - rpp attestationpromoteur hps 20210224 p](#)
- [CVI - 26/02/21 - cv g ducarme 20210105 pdf](#)
- [QUE - 26/02/21 - rpp questionnaireseance2 v1 20210125 pdf](#)
- [QUE - 26/02/21 - rpp questionnaireseance1 v1 20210125 pdf](#)

Réponse du promoteur

Formulaires

- [COU - 25/03/21 - rpp courrierreponses cpp 20210323 pdf](#)
- [DEM - 25/03/21 - rpp questionnaireautoevaluation v2 20210 23/03/2021](#)

Documents liés à la recherche

- [INE - 25/03/21 - rpp ni v1 l 20210323 pdf](#)

Le Comité a adopté, lors de sa séance du **12/04/2021**, la délibération suivante :

AVIS FAVORABLE

Ont participé à la délibération du (identité et qualité des membres, catégorie) : liste page 2.

Dr Stéphane DONNADIEU,
Président du CPP Ile de France 2



CPP Ile de France 2
149, rue de Sèvres
75 743 Paris cedex 15
Carré Necker - Porte N2
Tél. : 01 42 19 26 88
Fax : 01 44 49 45 06

Projet de recherche n°21.02.26.42508 RIPH3 HPS
N° ID RCB : [2021-A00574-37](#)

CPP ILE DE FRANCE II

Président : Dr S. DONNADIEU
Vice-présidente : Pr M-F MAMZER-BRUNEEL
Secrétaires : Mme L. CHEVREAU, Pr P.
COLONNA,

SÉANCE PLÉNIÈRE DU 12 AVRIL 2021 (AUDIOCONFÉRENCE)

PERSONNES QUALIFIEES EN MATIERE DE RECHERCHE BIOMEDICALE :

- Dr LEVY Yael	<i>Absente</i>	<i>Titulaire</i>
- Dr DONNADIEU Stéphane	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Pr COLONNA Pierre	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Pr BRESSON Jean-Louis *	<i>Présent</i>	<i>Titulaire (Pédiatre)</i>
- Mme LARGEAU Marine	<i>Excusée</i>	<i>Suppléante</i>
- Dr GOUEL Aurélie	<i>Présente</i>	<i>Suppléante</i>
- Dr WACK Maxime*	<i>Présent</i>	<i>Suppléant</i>
- Mme FABRE Marie-Chantal	<i>Présente</i>	<i>Suppléante</i>

MEDECINS GENERALISTES :

- Dr MARTINEAUX Claude	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Dr JACOB-VESTLING René	<i>Présent</i>	<i>Suppléant</i>

PHARMACIENS :

- Mme BROISSAND Christine <i>1 Poste à pourvoir</i>	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
--	-----------------	------------------

INFIRMIERES :

- Mme SIMON Marie <i>1 Poste à pourvoir</i>	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
--	-----------------	------------------

PERSONNES QUALIFIEES EN MATIERE D'ETHIQUE :

- Mme MAMZER-BRUNEEL Marie-France	<i>Absente</i>	<i>Titulaire</i>
- Dr LAÏ Marie-Caroline	<i>Présente</i>	<i>Suppléante</i>

PSYCHOLOGUES :

- M. BALLOUARD Christian	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Mme DEBORDE Anne-Sophie	<i>Excusée</i>	<i>Suppléante</i>

PERSONNES QUALIFIEES DANS LE DOMAINE SOCIAL :

- *2 Postes à pourvoir*

PERSONNES QUALIFIEES EN MATIERE JURIDIQUE :

- Mme de FALLOIS Manon	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- Mme CHEVREAU Laura	<i>Présente</i>	<i>Suppléante</i>
- <i>2 Postes à pourvoir</i>		

ASSOCIATIONS AGREEES DE MALADES OU D'USAGERS DU SYSTEME DE SANTE :

- Mme ARDIOT Chantal	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- Mme GUEST Laurence	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- Mme SEHAN Monique	<i>Présente</i>	<i>Suppléante</i>

** (compétents en matière de biostatistique ou d'épidémiologie)*

Projet de recherche n°21.02.26.42508 RIPH3 HPS
N° ID RCB : [2021-A00574-37](#)

Annexe 5 : *Enregistrement au Clinical Trials*

ClinicalTrials.gov PRS **DRAFT Receipt (Working Version)**
Last Update: 05/06/2021 10:16

ClinicalTrials.gov ID: NCT04882722

Study Identification

Unique Protocol ID: CHD21_0027

Brief Title: Postpartum Pelvic Floor Rehabilitation and Information Provided by the Health Care Providers (PFFR)

Official Title: Opinion Survey on Postpartum Pelvic Floor Rehabilitation According to the Quality of Information Provided by the Health Care Providers

Secondary IDs:

Study Status

Record Verification: April 2021

Overall Status: Not yet recruiting

Study Start: May 1, 2021 [Anticipated]

Primary Completion: December 31, 2021 [Anticipated]

Study Completion: February 1, 2022 [Anticipated]

Sponsor/Collaborators

Sponsor: Centre Hospitalier Departemental Vendee

Responsible Party: Sponsor

Collaborators:

Oversight

U.S. FDA-regulated Drug: No

U.S. FDA-regulated Device: No

U.S. FDA IND/IDE: No

Human Subjects Review: Board Status: Approved

Approval Number: 21.02.26.42508

Board Name: Committee for the Protection of Persons

Board Affiliation: CPP Ile de France II

Phone: 142192688

Email: cppidf2@gmail.com

Address:

149 rue de Sèvres
Carré Necker - Porte 2
75743 Paris Cedex 13

Data Monitoring: No
FDA Regulated Intervention: No

Study Description

Brief Summary: The aim of this work is to evaluate the experience of Postpartum Pelvic Floor Rehabilitation (PPFR) according to the information given by the health care providers. There is to improve medical practice and to give the right information in at the right time to the patient.

Detailed Description: Postpartum Pelvic Floor Rehabilitation is an important central stage of the postpartum period. It allows, if it is well done, to reduce complications related to childbirth, (pelvic floor disorders: urinary, sexual or anal disorders) and to increase quality of life of women in postpartum period.

But, what about the woman's opinion and experience of PPFR? Previous studies have evaluated the effectiveness of PPFR but not the woman's experience.

It is interesting to evaluate the experience of PPFR according to the information given by the health care providers. There is to improve medical practice and to give the right information in at the right time to the women

Conditions

Conditions: Recovery of Function

Keywords:

Study Design

Study Type: Observational

Observational Study Model: Cohort

Time Perspective: Prospective

Biospecimen Retention: None Retained

Biospecimen Description:

Enrollment: 50 [Anticipated]

Number of Groups/Cohorts: 1

Groups and Interventions

Intervention Details:

Questionnaire

Self-questionnaire reported before the first PPFR session and after the last session

Outcome Measures

Primary Outcome Measure:

1. Overall experience of the PPFR according to information given by the health care providers
Self-evaluation of the overall experience of postpartum pelvic floor rehabilitation

[Time Frame: through study completion, an average of 5 weeks]

Eligibility

Study Population: All women undergoing pelvic floor rehabilitation at the Departmental Hospital Center of Vendee

Sampling Method: Non-Probability Sample

Minimum Age: 18 Years

Maximum Age: 50 Years

Sex: Female

Gender Based:

Accepts Healthy Volunteers: No

Criteria: Inclusion Criteria:

- All women undergoing postpartum pelvic floor rehabilitation at the Departmental Hospital Center of Vendee

Exclusion Criteria:

- Refusal to participate in the study
- Patient did not complete all her PPFR sessions at the Departmental Hospital Center of Vendee
- Patient unable to understand the protocol, read the information note and answer the questionnaires
- Patient under tutelage, curatorship, mandate of future protection, family habilitation

Contacts/Locations

Central Contact Person: Agnès Dorion

Telephone: 251446380 Ext. +33

Email: agnes.dorion@chd-vendee.fr

Central Contact Backup:

Study Officials: Guillaume DUCARME, Dr
Study Principal Investigator
Departmental Hospital Center of Vendee

Locations: **France**

Departmental Hospital Center of Vendee

La Roche sur Yon, France, 85000

Contact: Guillaume DUCARME guillaume.ducarme@chd-vendee.fr

Principal Investigator: Guillaume Ducarme, Dr

IPDSharing

Plan to Share IPD: No

References

Citations:

Links:

Available IPD/Information:

U.S. National Library of Medicine | U.S. National Institutes of Health | U.S. Department of Health & Human Services

Vu, le Président du Jury,
Professeur THUBERT Thibault

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur DUCARME Guillaume

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Impact de l'information sur le vécu de la rééducation pelvi-périnéale du post-partum chez les femmes au sein du CHD Vendée.

RÉSUMÉ

La rééducation pelvi-périnéale représente l'un des pivots centraux du post-partum. Dans les études précédentes, il s'agissait principalement d'étudier l'efficacité des différentes méthodes existantes sans considérer le vécu des femmes concernant cette rééducation si particulière.

L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existait une différence significative de vécu si les femmes avaient été informées ou non à ce sujet, en amont des séances. Pour répondre à cette problématique, nous avons étudié le vécu global, les concepts de fardeau, contrainte, liberté, douleur, anxiété et intimité en auto-évaluation *via* des questionnaires distribués au sein du CHD Vendée sur les sites de Montaigu et de Luçon.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative de vécu selon la délivrance ou non d'une information en amont des séances de rééducation (n=40 patientes qualifiant leur vécu comme globalement bon sur 41 femmes totales dont 29 informées vs. 11 non-informées, $p>0,05$).

Il existait une différence significative du sentiment de contrainte avec l'apport d'une information au préalable des séances ($p<0,05$). Malheureusement, ce résultat est à nuancer de par la présence de biais.

Les sentiments de fardeau, liberté, douleur, anxiété et intimité n'étaient pas significativement différents avec ou sans information préalable. Cependant, nous avons pu constater une diminution progressive des sentiments de fardeau, contrainte, douleur et intimité au fil des séances de rééducation ; seule l'anxiété était majorée.

Malgré l'absence de résultats pertinents, il semble important de continuer à informer les patientes sur les examens et les traitements prescrits.

MOTS-CLES : rééducation pelvi-périnéale, périnée, post-partum, vécu, qualité de vie, information.