

UNIVERSITE DE NANTES
U.F.R DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années Universitaires 2014-2018

**Modalités de prescription de la rééducation périnéale du
post-partum : les recommandations sont-elles appliquées
en Loire-Atlantique et Vendée ?**

Mémoire présenté et soutenu par :

MARTINEAU Gwendoline

Née le 7 décembre 1993

Sous la direction du Docteur Loïc LE NORMAND

Remerciements

A mesdames et messieurs les membres du Jury, qui me font l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

A Madame Nathalie Le Guillanton, présidente de ce jury, pour son accompagnement bienveillant et apprécié tout au long de ma formation.

A Monsieur le Docteur Loïc Le Normand pour avoir encadré ce mémoire avec la plus grande bienveillance et disponibilité.

A Madame Catherine Ferrand pour ses nombreux conseils dans la réalisation de ce mémoire.

A tous les professionnels, sages-femmes et gynécologues qui ont contribué à la réalisation de ce travail en m'accordant un peu de leur temps.

A toutes les sages-femmes rencontrées au cours de mes études.

A Guillaume pour son soutien sans faille depuis toutes ces années.

A mes parents pour leurs nombreuses relectures et pour leur présence dans les moments de doute.

A Nancy, Julie, Carmine et Claire pour ces moments de rires qui me laisseront de beaux souvenirs.

A Stéphane et Sylvie pour avoir relu mon travail.

A mes frères.

A mes amis.

Table des matières

Liste des abréviations

Introduction.....	1
I- Généralités	4
1.1. Historique	4
1.1.1. Les prémices d'une rééducation périnéale.....	4
1.1.2. Arrivée de la rééducation périnéale en France	5
1.1.3. Législation autour de la rééducation périnéale.....	7
1.2. Recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France	8
1.3 Focus sur les recommandations pour l'incontinence urinaire en post-partum...	9
1.4. Enjeux socio-économiques.....	10
1.4.1. Prévalence	10
1.4.2. Coût et enjeux économiques.....	14
II- Méthodes et résultats	18
2.1. Matériels de l'étude	18
2.1.1. Type d'enquête	18
2.1.2. Population étudiée	18
2.2. Méthode de l'étude.....	19
2.2.1. Recueil des données.....	19
2.2.2. Outil utilisé.....	19
2.2.3. Méthode d'analyse	21
2.3. Résultats de l'enquête chez les praticiens libéraux	22
2.3.1. Données épidémiologiques.....	22
2.3.2. Concernant votre pratique dans le post-partum	23
2.3.3. Votre avis à propos de la rééducation périnéo-sphincterienne	29
2.4. Résultats de l'enquête chez les professionnels de suites de couches	34
2.4.1. Données épidémiologiques.....	34
2.4.2. Concernant la pratique vis-à-vis de la rééducation périnéale.....	35
Résultats clés de l'enquête.....	38

III- Discussion	39
3.1. Biais et limites	39
3.1.1 L'étude sur les pratiques des professionnels libéraux.....	39
3.1.2. L'étude sur les pratiques au sein des maternités	40
3.2. Analyse des résultats	41
3.2.1. Facteurs internes propres au professionnel	41
3.2.2. Les recommandations du CNGOF	44
3.2.3. L'éducation périnéale : connaissance et protection du périnée.....	48
3.2.4. L'abord de la sexualité	49
3.2.5. Questionnements	50
3.2.6. D'autres points à améliorer	51
3.3. Propositions.....	52
3.3.1. Avis sur les recommandations	52
3.3.2. Etude à long terme	53
 Conclusion.....	 54
 Bibliographie.....	 56
 Annexes	

Liste des abréviations

ATCD : antécédents

CMP : connaissance et maîtrise du périnée

CNGOF : collège national des gynécologues-obstétriciens de France

G : grossesse

Gynécologues : comprend gynécologues-médicales et gynécologues-obstétriciens qui ne sont pas distingués dans cette étude.

IA: incontinence anale

IU: incontinence urinaire

IUE : incontinence urinaire d'effort

IUU : incontinence urinaire par urgenturie

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

NP : niveau de preuve

VPN : visite post-natale

POP : population

PP : post-partum

P-S : périnéo-sphinctérien

PTAE : pressions thoraco-abdominales à l'effort

RP : rééducation périnéale

RPC: recommandations pour la pratique clinique

Introduction

Les recommandations médicales pour la pratique clinique consistent à élaborer une synthèse des connaissances et données scientifiques après une revue méthodique et objective de la littérature scientifique. Cette synthèse est réalisée après avis d'experts et identification des niveaux de preuve des études.

Les recommandations consistent à fournir aux professionnels des éléments permettant d'améliorer leur pratique et de fournir aux patients la meilleure prise en charge possible. Elles ne constituent pas une réglementation, mais leur non-respect pourrait, dans certaines situations, entraîner des conséquences juridiques et médico-légales.

Ces recommandations peuvent être qualifiées d'obligation déontologique même s'il demeure pour le praticien une liberté d'application de celles-ci.

C'est dans ce contexte et avec la certitude que le périnée est au cœur d'un enjeu de santé publique en obstétrique que les pratiques actuelles sont régulièrement réévaluées et que le collège national des gynécologues-obstétriciens de France (CNGOF) a fait récemment évoluer les recommandations.

Le périnée a un véritable rôle de verrou face aux différentes pressions abdominales, et son efficacité est capitale pour le maintien de la continence anale et urinaire. En effet, il est un muscle essentiel au soutien des organes internes et est fortement sollicité au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Les muscles du plancher pelvien sont ainsi étirés, distendus voire parfois déchirés. La vessie et l'urètre peuvent être également être distendus et comprimés par le passage du mobile fœtal.

Il est donc aisé de comprendre que la grossesse et l'accouchement peuvent être traumatiques pour le périnée, le fragilisant et entraînant incontinences anale, urinaire et aussi dysurie, prolapsus ou dyspareunie.

Les nouvelles recommandations du CNGOF de 2015, publiées en 2016, réduisent le champ d'application de la rééducation périnéale, notamment à la présence d'un symptôme précis. Ont-elles fait évoluer la prise en charge des femmes dans le post-partum concernant la prescription de séances de rééducation périnéale ?

Ces nouvelles recommandations interviennent dans un contexte où la rééducation périnéale est largement prescrite dans le post-partum et elles sont donc amenées à bouleverser les pratiques et plus particulièrement l'activité des sages-femmes. Un rapport publié en 2016 par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (1,2) montre que la rééducation périnéale représente 46% des actes pratiqués par les sages-femmes libérales soit 32% des honoraires remboursés par l'assurance maladie aux sages-femmes, ce qui représente en 2014 plus de 58 millions d'euros.

Ce rapport permet également de mettre en évidence une hausse du nombre d'actes et d'honoraires en ce qui concerne la rééducation périnéale avec une progression de 8.6% entre 2013 et 2014.

Actes	Quantité d'actes (en milliers)			Honoraires remboursables (en millions d'euros)			Nombre de bénéficiaires (en milliers)	
	2014	Part	Évolution 2013-2014	2014	Part	Évolution 2013-2014	Total	Part CMU-C
Rééducation périnéale (SF7)	2 964,5	46 %	8,6 %	58,1	32 %	8,6 %	382	4 %

Extrait d'un tableau des actes cotés en SF

Source : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement et SNIIRAM BEN pour la patientèle (2014)

La rééducation périnéale, bien que remise en cause en partie dans les recommandations du CNGOF en 2015, représente une part de l'activité des sages-femmes non négligeable et reste plébiscitée aussi bien par les sages-femmes (elle est la formation principale effectuée par les sages-femmes représentant plus de 25% des formations suivies), les gynécologues que par les patientes. En effet ces dernières années, la rééducation périnéale apparaît comme une habitude, un rite de passage

avant de boucler la période de la grossesse et de l'accouchement. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) réalise une étude en 2015 portant sur 440 512 femmes ayant accouché par voie basse et 85 914 femmes ayant accouché par césarienne. 54% des femmes ayant accouché par voie basse et 39% des femmes ayant accouché par césarienne ont eu recours à la rééducation périnéale.

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer l'appropriation, par les sages-femmes et gynécologues libéraux et les sages-femmes et autres praticiens de suites de couches dans les maternités, des nouvelles recommandations du CNGOF de 2015 en questionnant leurs modalités de prescriptions de séances de rééducation périnéale. Et ce qui peut influencer leurs prescriptions en la matière.

Dans une première partie, nous retracerons l'histoire et la législation à propos de la rééducation périnéale ainsi que ses enjeux socio-économiques.

La deuxième partie de ce mémoire présentera les résultats de l'enquête réalisée auprès des praticiens libéraux et des maternités, afin de découvrir quelles sont les modalités de prescription de séances de rééducation, quels éléments cliniques influencent leurs prescriptions et quelles informations et conseils sont fournis aux patientes concernant la préservation de leur périnée.

Enfin, dans une dernière partie, nous analyserons ces résultats et proposerons des pistes d'amélioration et quelques hypothèses sur les conduites observées dans ce domaine.

Partie I: Généralités

I- Généralités

Dans cette première partie, nous ferons tout d'abord un rappel historique sur l'arrivée de la rééducation périnéale en France et sur la législation qui l'entoure. Nous présenterons ensuite les nouvelles recommandations de 2015. Enfin, nous développerons l'aspect socio-économique de la rééducation périnéale.

1.1. Historique

1.1.1. Les prémices d'une rééducation périnéale

C'est au XIXème siècle, avec le Docteur Duchenne de Boulogne, neurologue et photographe français que l'électrostimulation périnéale semble trouver ses bases. En effet, il est l'un des premiers à utiliser l'électricité comme instrument d'expérimentation physiologique et envisage alors la stimulation électrique (par courant alternatif ce qui permet la stimulation d'un faisceau musculaire à la fois) des muscles du plancher pelvien pour traiter l'incontinence urinaire.

Mais c'est en 1948 que la rééducation périnéale, telle que nous la connaissons, trouve ses fondements.

A.Kegel, gynécologue californien, est le premier à comprendre l'intérêt des muscles du plancher pelvien dans les incontinences et les prolapsus. Il met notamment au point des auto-exercices de renforcement musculaire pour traiter l'hypotonie périnéale constatée après l'accouchement, ainsi qu'un périnéomètre, instrument qui permettait de mesurer la force des contractions volontaires de ces muscles (et donc de guider le patient dans la réalisation des exercices) (3,4) . Ceux-ci ont pour but d'améliorer les faiblesses du plancher pelvien (incontinence, prolapsus) mais ont également l'intérêt de majorer le plaisir sexuel par l'augmentation de la puissance du muscle pubococcygien et donc la restauration du tonus musculaire. Il recommandait particulièrement ces exercices en complément d'une chirurgie du plancher pelvien en pré et post-opératoire, permettant ainsi d'améliorer le tonus, la texture et la fonction des muscles périnéaux (5).

Ce n'est qu'au début des années 80, que l'électrostimulation (notamment le biofeedback) vient compléter les exercices musculaires de Kegel.

Le nerf pudendal est le nerf-clef de la stimulation électrique pour agir sur l'incontinence urinaire d'effort et l'impériosité mictionnelle. Ainsi une stimulation à la fréquence de 50 Hz génère une contraction périnéale au travers d'une boucle réflexe pudendale. Une stimulation à une fréquence plus basse de 10 Hz, toujours par la même voie nerveuse pudendale, réduit voire élimine les contractions parasites des vessies non-inhibées.

Lindstrom, Fall, Carlsson et Erlandson en 1983, concluent au fait que la stimulation pelvienne utilise les voies nerveuses pudendales réflexes provoquant une contraction massive des muscles pelvi-périnéaux et/ou une réduction des contractions des vessies désinhibées.

La rééducation postnatale, jusqu'alors principalement abdominale en France, s'est concentrée sur le versant périnéal notamment grâce au kinésithérapeute Alain Bourcier.

1.1.2. Arrivée de la rééducation périnéale en France

A la même époque, en France, A.Bourcier, kinésithérapeute, se rend en 1977 pour un voyage d'études à UCLA, Los Angeles. Il y rencontre la veuve du Dr Arnold Kegel ainsi que les professeurs Raz et Ostergard, deux experts dans le domaine de l'incontinence urinaire et des prolapsus. A son retour en France, il organise les bases de la rééducation périnéale pour les problèmes d'incontinence urinaire et de la statique pelvienne que l'on connaît aujourd'hui (6).

Avant son protocole, les rééducateurs travaillaient avec un ballon entre les genoux (technique de Lapierre) (7), une technique appliquée par des kinésithérapeutes ni formés ni spécialisés, engendrant à long terme des faux réflexes. En effet, les manuels apprenaient que la musculature périnéale était synergique des adducteurs, rotateurs internes et fessiers (d'où la technique du ballon). Or, l'élévateur de l'anus est synergique des abducteurs et rotateurs externes. Ainsi la pratique de la rééducation était contraire à la physiologie. A .Bourcier envisage donc une nouvelle façon de travailler les muscles périnéaux respectueuse de la physiologie et dès 1981, les

premières formations des professionnels intéressés par cette nouvelle approche de la rééducation, sont dispensées à travers la France et l'Europe .

En 1982, Boucier propose une classification du post-partum « rééducation et urodynamique dans le post-partum » dans la revue « Les Dossiers de l'Obstétrique », ce qui apportera des éléments pour obtenir la prise en charge de la rééducation post-natale par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. C'est donc en 1985 (décret Evin N°85-863 du 2 août 1985 et Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute), sous l'impulsion d'Alain Bourcier, des professeurs Pigne, Perrigot et Leriche, de l'équipe du Pr Barrat, que cette rééducation va faire partie d'une nouvelle compétence en kinésithérapie. Avant cette date, la pratique par les kinésithérapeutes restait illégale puisqu'ils n'avaient pas la compétence pour le toucher vaginal ni pour la stimulation électrique intra-cavitaire.

Un autre kinésithérapeute, Jean-Pierre Dentz rencontre Alain Bourcier à l'hôpital Boucicaut et ensemble ils élaborent une stratégie rééducative efficace.

Sur le principe respectant les synergies, Bourcier associe à la rééducation manuelle, une électrostimulation intra-vaginale.

Les bénéfices apportés par les exercices de Kegel se sont ainsi vu renforcer par la tonification du plancher pelvien au travers de la contraction musculaire induite par la stimulation électrique.

Plus récemment, en 2017, A.Bourcier a conçu une nouvelle méthode de gymnastique pelvi-périnéale « AbPelvicGym® qui s'adresse particulièrement aux femmes mais qui peut être également proposée aux hommes. Sa méthode s'inspire de la méthode Pilates, prenant en compte à la fois la respiration abdominale, les bonnes postures (placement du bassin, des épaules et de la tête) et les chaînes musculaires synergiques du périnée.

1.1.3. Législation autour de la rééducation périnéale

Comme dit précédemment, le Décret, n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, autorise la rééducation abdomino-périnéale et rééducation des sphincters, à l'exclusion des soins postnatals.

Le décret, n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, complète leur compétence en autorisant la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement. Ainsi, il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie de la rééducation par le kinésithérapeute avant le 90ème jour sauf s'il n'y a pas de sage-femme rééducatrice dans un rayon de 50 km du domicile de la patiente.

Du côté des sages-femmes, ce n'est qu'en 1991, avec le décret n°91-779 du 14 août 1991 portant sur le code déontologique des sages-femmes– article 18 : L.374 code de la santé publique, que le champ de compétences des sages-femmes s'ouvre davantage en autorisant à pratiquer notamment la rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement.

L'article R4127-318 du code de la santé publique du 18 octobre 2006 modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1- art. 1 autorise la sage-femme à réaliser la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement. Elle peut donc réaliser la rééducation uro-gynécologique sans limite d'âge mais pas chez la nullipare.

Dans le cadre du post-partum (90 jours), la prescription peut être établie par un médecin ou par une sage-femme. La sage-femme peut également réaliser cette rééducation plusieurs années après la parturition mais la prescription dans ce cas doit être faite par un médecin. La prescription de la rééducation périnéale, dans le cadre d'un suivi gynécologique, ne fait donc pas partie pour le moment des compétences de la sage-femme (ni la prescription ni la réalisation de la rééducation abdominale).

Dans l'arrêté du 27 juin 2006, fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, l'article 1 déclare que la sage-femme peut prescrire un électrostimulateur neuromusculaire pour une rééducation périnéale ou des sondes ou électrodes cutanées périnéales

1.2. Recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

En 2015, le CNGOF met au point de nouvelles recommandations pour la pratique clinique (8) qui vont alors bousculer la pratique de la rééducation périnéale telle qu'elle était réalisée jusqu'alors. Dans ces recommandations, il est mis en avant le fait qu'il n'existe pas d'étude fiable ayant prouvé l'intérêt de la rééducation périnéale chez certains types de patientes. Celles-ci reposent donc en partie sur des accords professionnels. L'accord d'experts ou accord professionnel correspond, en l'absence de données scientifiques disponibles, à l'approbation d'au moins 80% des membres du groupe de travail (CNEMA).

Les auteurs remettent en lumière qu'aucun essai randomisé n'a permis d'évaluer jusqu'à présent les effets de la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen et long terme. De ce fait, le CNGOF ne recommande pas la rééducation périnéale chez une patiente asymptomatique (accord professionnel).

Elle reprend les mêmes éléments que dans les recommandations pour la prise en charge de l'incontinence urinaire notamment de faire pratiquer une rééducation par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien pour l'incontinence urinaire persistante à 3 mois du post-partum (grade A). Dans ce cas, « au moins 3 séances guidées par un thérapeute sont recommandées, associées à des exercices réalisés au domicile ». Elle pointe le fait que l'amélioration de l'incontinence urinaire à long terme (6-12 ans) par la rééducation périnéale n'est pas prouvée et que pour le moment elle ne l'améliorerait qu'à court terme (1an). La même conclusion est établie pour l'incontinence anale (NP3) et la rééducation périnéale pour l'incontinence anale est donc recommandée en post-partum (grade C).

De plus, le CNGOF ne recommande pas la rééducation périnéale précoce, c'est-à-dire dans les deux mois du post-partum (grade C).

Des éléments nouveaux viennent bouleverser la rééducation périnéale telle qu'elle était pratiquée jusqu'à maintenant. En effet, contrairement aux recommandations de l'HAS en 2002 où la rééducation périnéale est indiquée pour les douleurs périnéales (notamment dyspareunie) et faiblesses musculaires, ici, dans ces nouvelles recommandations, la rééducation périnéale du post-partum guidée par un thérapeute n'est pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade C) ou des dyspareunies (grade C). En effet, le CNGOF établit que « la rééducation périnéale guidée par un thérapeute, n'est pas plus efficace (tant sur le plan anatomique que symptomatique) que de simples conseils de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien pour prévenir/corriger à court terme (6 mois) un prolapsus persistant à 6 semaines du post-partum (NP2), qu'il existe ou non un défaut du levator ani (NP3) ». De plus, elle « n'est pas associée à une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an (NP3) ».

Enfin, la rééducation périnéale n'est pas recommandée après un épisode de rétention ou dysurie du post-partum, ni dans l'incontinence anale ou en prévention de celle-ci en cas de périnée complet car aucun essai randomisé n'a pu évaluer l'effet de la rééducation dans ces situations (accord professionnel).

1.3 Focus sur les recommandations pour l'incontinence urinaire en post-partum

Concernant l'incontinence urinaire, le CNGOF établit en 2009 des recommandations pour la pratique clinique (9). Notamment, il y est indiqué que le traitement de l'incontinence urinaire d'effort comprend trois axes : la rééducation périnéale, des mesures hygiéno-diététiques (la perte de poids améliore l'incontinence urinaire (NP1)) et le traitement médicamenteux. Il est recommandé alors de faire pratiquer une rééducation périnéale pour le traitement d'une incontinence urinaire d'effort ou mixte (grade C). En effet, les exercices du plancher pelvien « font mieux que l'absence de traitement (NP1) ». Pour l'incontinence par urgenturie, la rééducation

comportementale est efficace (NP1) et est donc recommandée en première intention (grade C). En ce qui concerne l'incontinence urinaire d'effort, l'électrostimulation semble moins efficace comme traitement que la rééducation périnéale (NP2).

Au cours de la grossesse, la prévalence de l'incontinence urinaire (d'effort ou par urgenterie) augmente et diminuera spontanément dans les trois premiers mois du post-partum(NP1).

Les modalités de l'accouchement par voie basse (position pendant l'accouchement, durée du travail, durée de la seconde phase, extraction instrumentale, épisiotomie, anesthésie péridurale ou pudendale) « n'ont pas d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme » (NP2). À court terme, la prévalence de l'incontinence urinaire pour les patientes césarisées, semble moindre (NP2). A plus long terme, les données sont insuffisantes pour conclure.

Dans ces recommandations, le CNGOF rappelle que la rééducation périnéale postnatale par exercice du plancher pelvien diminue la prévalence de l'incontinence urinaire à court terme (un an post partum) par rapport « aux simples conseils d'exercices périnéaux individuels » (NP1). Cependant à long terme, l'efficacité de cette rééducation n'a pas pu être encore démontrée (NP2).

La rééducation périnéale, par exercice musculaire du plancher pelvien, est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et postnatale (grade A). En revanche, la rééducation périnéale préventive n'est pas recommandée (grade C) car n'apporte des bénéfices qu'à court terme (3 mois du post partum) et non à long terme.

1.4. Enjeux socio-économiques

1.4.1. Prévalence

Prévalence de l'incontinence urinaire et anale

En 2017, le site de l'assurance maladie (10) publie une estimation de la prévalence de l'incontinence urinaire. Elle concerne au moins 2.6 millions de personnes de plus de 65 ans (elle touche évidemment aussi les plus jeunes). Ces chiffres restent

approximatifs. En effet, on estime que peu de personnes consultent pour ce motif, un chiffre exhaustif est donc difficile à donner. L'incontinence urinaire touche un tiers des femmes de plus de 70 ans.

D'autres chiffres similaires évoqués, cette fois par le collège national des sages-femmes (CNSF) (11), énoncent que 25 à 45% des femmes de la population générale sont atteintes d'une incontinence urinaire avec une prévalence augmentant avec l'âge jusqu' à 65 ans (NP2) et que l'incontinence anale, elle, concerne 20% des femmes.

Selon un rapport de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) publié en 2010 (12), l'incontinence urinaire en post-partum est présente selon les auteurs chez 15 à 40 % des femmes. Elle touche évidemment davantage les femmes qui présentent déjà une incontinence au cours de la grossesse. Un tiers des femmes guérissent spontanément de cette incontinence entre 12 et 18 mois du post-partum. En ce qui concerne l'incontinence fécale, elle représente évidemment une population moindre mais touche malgré tout 1 à 5 % des femmes dans le post-partum.

D'autres chiffres, présentés par l'université virtuelle francophone de maïeutique (UVMaF) (13), révèlent que l'incontinence urinaire d'effort est la plus fréquente en période périnatale et touche 3,6 % des femmes avant la grossesse, 43,7% en cours de grossesse et 14,6% à 3 mois après l'accouchement. Une régression spontanée des symptômes d'incontinence urinaire est fréquemment observée dans les trois premiers mois du post-partum mais sa prévalence semble s'élever de nouveau à distance, touchant 46% des femmes de plus de 50 ans.

Du côté de l'incontinence anale, 13% des primipares et 23% des multipares sont atteintes (ou alors présentent des phénomènes d'urgence) à 6 semaines après l'accouchement ce qui est bien supérieur aux chiffres rapportés par l'INPES.

Une étude publiée en 2003, menée par Morvked (14) sur 300 femmes nullipares rapporte des symptômes d'incontinence urinaire chez 48% des femmes à 36 semaines d'aménorrhée (SA) et 32% des femmes à 3 mois du post-partum.

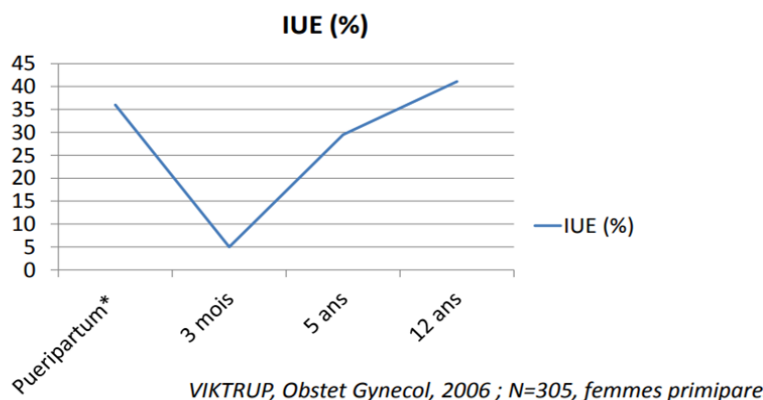
En 2006 Viktrup mène une étude rétrospective à court, moyen et long terme sur 305 femmes initialement nullipares. Les patientes sont interrogées en post-partum immédiat (n = 305) et à 3 mois (n = 298), à cinq ans (n = 278) et 12 ans (n = 242). Cette étude permet d'établir une prévalence à 36% d'incontinence urinaire d'effort en

per et post-partum jusqu'à J5 puis qui passe à 5% à trois mois du post-partum, soit un taux de rémission spontanée de 86%. L'incontinence urinaire, par urgenturie elle, passe de 13% en puerperium, à 2% à trois mois du post-partum, soit un taux de rémission similaire.

Par la suite, cette étude permet d'observer l'augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort qui, de 5 % à trois mois du post-partum, passe à presque 30% à cinq ans et 41% à 12 ans. Le même phénomène est observé pour l'incontinence par urgenturie avec une prévalence moindre, 16% à 5 ans et 21% à 12 ans. (15)

La figure ci-dessous illustre ce qui est dit plus haut. En effet, on observe une diminution spontanée de la prévalence de l'incontinence urinaire en post-partum puis un réaugmentation quelques années plus tard vers l'âge de la ménopause.

Evolution naturelle de l'IUE



Effectivement, la grossesse, notamment du fait de l'imprégnation hormonale, et l'accouchement modifient et fragilisent les muscles périnéaux qui se retrouvent très sollicités.

De même, à la ménopause, la diminution progressive de la sécrétion d'œstrogène et de progestérone modifie voire diminue le tonus musculaire du périnée. La diminution d'œstrogène entraînerait ainsi un amincissement des muqueuses et donc un affaiblissement des tissus pelviens et vaginaux. De plus, la diminution quantitative et qualitative du collagène dans les tissus de soutien se répercute par un relâchement des ligaments de soutien de l'urètre (incontinence à l'effort), des muscles du plancher pelvien ou encore une diminution de la contractilité (sensibilité ?) du sphincter lisse. C'est-à-dire que malgré les lésions ou faiblesses qu'a pu engendrer un accouchement antérieur, la ménopause, l'âge et donc le vieillissement physiologique des tissus sont

autant d'éléments qui entrent en jeu dans l'apparition d'une incontinence à plus long terme après un accouchement.

D'ailleurs, après 50 ans, il n'est pas retrouvé de différence entre les accouchées par césarienne et les accouchées par voie vaginale pour le risque d'incontinence urinaire ou d'incontinence fécale (16,17).

Le tableau ci-dessous résume et permet de comparer plus aisément les différents chiffres retrouvés selon les organismes ou études. Cela met en lumière une nouvelle fois qu'il est difficile de donner des pourcentages exacts quant à la prévalence de l'incontinence urinaire ou anale que ce soit en population générale chez les femmes ou dans le post-partum.

	IU Femmes pop générale	IU 3 mois du post-partum	IA femmes pop générale	IA 3 mois post-partum
INPES (2010)		15 à 40%		1 à 5 %
UVMaF	46%	15%		13 à 23%
CNSF	25 à 45%		20%	
Viktrup (2006)		5%IUE 2% IUU		
Morvked (2003)		32%		

Dyspareunie et prolapsus

La prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50% selon les études et le mode d'accouchement et tend à diminuer spontanément dans les mois suivant l'accouchement (la durée moyenne des symptômes serait de 4 mois). Une déchirure périnéale ou un périnée complet sont évidemment associés à plus de douleurs périnéales et donc davantage de dyspareunie (18).

Selon l'INPES, la prévalence de douleurs périnéales à 2 mois du post-partum est de plus de 20 % et après 12 mois d'environ 10%. Ces mêmes chiffres sont retrouvés pour la dyspareunie.

La prévalence des prolapsus augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans (âge de la ménopause), ensuite c'est la sévérité qui sera associée à l'âge (19). Le prolapsus affecte 50% des femmes entre 50 et 59 ans et touche davantage les femmes ayant eu

un accouchement par voie basse (60%) ou un antécédent d'extraction instrumental (70%) par rapport aux femmes ayant eu une césarienne (43%)(13).

En post-partum, selon l'étude de Handa en 2009, le prolapsus touche 15% des femmes après un accouchement voie basse. (20)

Selon une autre étude, de Sultan et al., menée en 1998, un prolapsus est retrouvé, à des degrés variés, dans 50 % des cas mais seulement 10 à 20 % sont symptomatiques. (21,22)

Des chiffres précis quant à la prévalence des prolapsus sont difficiles à établir. Outre le caractère tabou de la sphère génitale, le type de moyen pour évaluer cette prévalence fait fortement varier les chiffres. En effet, la prévalence des prolapsus varie de 2,9 à 11,4 % ou 31,8 à 97,7 % selon qu'on utilise un questionnaire ou un examen clinique respectant la classification Pelvic Organ Prolapse Classification (POPQ). (19)

1.4.2. Coût et enjeux économiques

Prise en charge de la rééducation périnéale par l'assurance maladie

Les séances de rééducation périnéale du post-partum sont prises en charge à 100% dans le cadre de l'assurance maternité sans limitation ni dans le temps ni dans le nombre de séances. Cependant, au-delà de 30 séances une entente préalable est nécessaire et la prescription est effectuée dans ce cas par un médecin (décision de l'UNCAM modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) parue au JO le 28/02/2012). Hors post-partum, dans le cadre de l'uro-gynécologie, les séances de rééducation périnéale sont prises en charge à 70% par l'assurance maladie (concerne aussi les enfants souffrant d'énurésie ou enfants constipés, les hommes ayant subi une opération de la prostate et les femmes nullipares). Chaque séance de rééducation, effectuée par une sage-femme, est cotée SF7 selon la NGAP soit 19.60 euros (23). Du côté des kinésithérapeutes, la cotation MK8 pour une séance de rééducation périnéale est de 17.20 euros.

Concernant les appareils destinés à la rééducation périnéale, sont remboursés tous ceux avec la mention « conventionné par l'assurance maladie ».

Les montants remboursés sont de:

- Pour un appareil d'électrostimulation : 60% pris en charge par l'assurance maladie avec un plafond de 304.90 euros, les 40% restants sont à la charge de la mutuelle du patient.
- Pour une sonde périnéale ou uro-génitale : l'assurance maladie rembourse l'achat à hauteur de 100% avec un plafond de 25.92 euros.

Coût des complications d'une faiblesse des muscles périnéaux

Le coût global de l'incontinence urinaire représente entre 2 et 2.5% des dépenses totales de santé soit un coût total estimé de plus de 3,5 milliards d'euros par an (hors consultation et examens complémentaires)(Assurance Maladie-Février 2012) (24).

Le coût du diagnostic et bilan d'évaluation comme un bilan urodynamique est estimé entre 120 et 250 euros. La base du remboursement par l'assurance maladie est de 137.17 euros sans électromyogramme (EMG) et 144.26 euros avec EMG. Le coût des traitements médicaux, tels que des anticholinergiques par exemple, indiqués dans l'incontinence urinaire par urgenturie, peut représenter jusqu'à 20 euros par mois. La part de remboursement par la sécurité sociale varie selon les médicaments (35% pris en charge pour les anticholinergiques environ). (25)

L'incontinence peut également nécessiter une chirurgie à type de sphincter artificiel ou de bandelettes sous-urétrales dont le coût s'élève à environ 600 euros ou encore l'implantation d'un neuromodulateur (7000 euros) indiqués eux-aussi dans l'hyperactivité vésicale. Il s'ajoute, évidemment à ces frais, le coût des séjours hospitaliers.

Viennent s'ajouter également, les frais du quotidien, des soins courants tel que la nécessité de produits d'hygiène et protections non remboursés par la sécurité sociale.

Enfin, il faut tenir compte des coûts indirects liés à l'incontinence tels que par exemple :

- Un arrêt de travail pour une hospitalisation si une chirurgie est nécessaire.
- Une perte de qualité de vie et de confort pour le patient pouvant entraîner une perte d'investissement de ce dernier dans la société.

Le périnée et les femmes

Le périnée, ou *peri ineo* d'origine grec signifiant « autour de l'entrée » ou encore « autour du temple » présente encore un caractère tabou, honteux voire sacré. Malgré tout, de par (entre autre) la rééducation périnéale en post-partum, il commence à être mieux connu des femmes et le rôle de la sage-femme devient alors fondamental pour permettre à la patiente d'améliorer ses connaissances sur sa propre anatomie, ainsi que sur le rôle du périnée au cours de la grossesse et de l'accouchement.

On peut s'interroger sur le niveau de connaissances qu'ont les femmes de leur intimité. Une enquête, auprès de 154 femmes nullipares, est menée en 2005 afin d'évaluer leur connaissance sur le périnée. Chez 20% d'entre-elles, le mot est « tabou » en raison du caractère intime et sexuel. Il semble que seulement 14 % des femmes ont une vision précise du périnée, et que près de 50 % ne le visualisent pas du tout. L'énumération des trois orifices du périnée d'avant en arrière est correcte pour seulement 39 % des femmes. 60% connaissent le rôle de soutien du périnée et 75% ont conscience des risques périnéaux que peut entraîner l'accouchement. (24)

Depuis plusieurs années, la rééducation périnéale est pratiquée dans la continuité de la grossesse et de l'accouchement, comme un réflexe, une étape indispensable avant de reprendre pleinement le quotidien d'avant la grossesse. En effet, beaucoup de femmes attendent leurs séances de rééducation périnéale avant la reprise du sport, ou pour reprendre les rapports sexuels, comme s'il était nécessaire d'avoir une approbation d'un professionnel de santé sur « la bonne récupération » de leur périnée. Il semble que le corps, et en particulier la zone intime où se trouve le périnée (et ses éventuelles lésions suite à l'accouchement), devienne encore plus un tabou, une zone étrangère après l'accouchement, et que sa « réappropriation » accompagnée par la sage-femme, entre autres, soit nécessaire pour une partie des femmes.

Il est important de préciser que la rééducation périnéale est une particularité française. Effectivement, il est aisé de trouver un bon nombre d'articles écrits par des journalistes/bloggeuses étrangères résidant et ayant accouché en France. Ces articles, souvent écrits avec un ton ironique ou sarcastique, décrivent l'étonnement de leurs auteurs quant à cette pratique. Janine di Giovanni, journaliste américaine, parle d'ailleurs de la rééducation périnéale comme d'un « rituel » ou même d'une « tradition française » essentielle afin de pouvoir refaire l'amour à son mari, « we will teach you to make love again » (26). Elle exprime également son étonnement quant au fait que ce soit « les contribuables français » qui financent ces 10 séances de rééducation périnéale et qu'il y ait aussi 10 séances de rééducation abdominale prises en charge, « raison pour laquelle toutes les femmes françaises s'insèrent dans un jean skinny un mois après l'accouchement ». Enfin, elle termine par le fait que la culture en France lui a permis d'apprendre que la maternité concerne son rôle de mère mais également elle, en tant que femme avec son périnée « teaches me that it is also about me - pelvic floor and all ».

Claire Lindberg , dans The Telegraph : « The French Government Wants To Tone My Vagina. », se dit satisfaite que « le gouvernement français » s'intéresse à son rétablissement physique et à l'état de son périnée et mentionne avec humour que les sit-ups permettent d'être en forme pour la saison du bikini « government-financed sit-ups to get myself back in shape for bikini season ».

Partie II :

Méthodes et résultats

II- Méthodes et résultats

2.1. Matériels de l'étude

2.1.1. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête observationnelle déclarative de type transversale par auto-questionnaire. Elle a été faite auprès de sages-femmes et de gynécologues libéraux exerçant dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée et auprès des sages-femmes et gynécologues exerçant dans les maternités de ces mêmes départements. Cette enquête s'est déroulée sur une période de deux mois, en mai et juin 2017.

2.1.2. Population étudiée

Toutes les sages-femmes libérales, installées en Loire-Atlantique ou Vendée, ainsi que les sages-femmes hospitalières sont éligibles à cette enquête.

Les sages-femmes responsables de coordination en maïeutique, les sages-femmes échographistes ainsi que les sages-femmes de PMI sont exclues, car considérées comme moins amenées à prescrire des séances de rééducation.

4 maternités de Vendée et 7 de Loire-Atlantique sont contactées par e-mails via l'intermédiaire des sages-femmes coordinatrices en maïeutique. Une seule des maternités de Loire-Atlantique et Vendée n'est pas contactée car l'e-mail possédé est invalide.

De même, tous les gynécologues libéraux installés en Loire-Atlantique ou Vendée sont éligibles à l'enquête. Dans cette enquête, ne sont pas inclus les praticiens exerçant en établissement de santé car il ne nous est pas possible de distinguer les praticiens amenés à prescrire des séances de rééducation périnéale dans le post-partum et ceux qui ne suivent pas de grossesse (spécialiste en gynécologie chirurgicale par exemple).

2.2. Méthode de l'étude

2.2.1. Recueil des données

Les coordonnées e-mail des sages-femmes sont obtenues avec l'aide du répertoire du site du conseil départemental de l'ordre. Les données sont recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme en ligne sous forme de Google Forms© accompagné d'un mail explicatif des objectifs de l'enquête. Un seul mail de relance, envoyé un mois après la première sollicitation, est effectué.

Les coordonnées postales des gynécologues sont recueillies avec l'aide du répertoire du site du conseil de l'ordre des médecins. Les e-mails n'étant pas connus, chaque gynécologue ayant une adresse de lieu d'exercice valide s'est vu recevoir le questionnaire par courrier avec enveloppe retour pré-timbrée jointe. Pour des raisons pratiques, il n'a pas été possible de faire une relance postale pour cette partie de la population interrogée.

Concernant les professionnels exerçant en établissement de santé, le contact est établi par l'intermédiaire des sages-femmes coordinatrices en maïeutique de suites de couches à qui il est envoyé au préalable un mail explicatif de l'étude et une demande de rendez-vous dans le but de pouvoir relayer un questionnaire. Le premier contact a lieu au mois de mai-juin et ne concerne que 6 maternités, les plus proches de l'école de sages-femmes de Nantes afin de pouvoir, si nécessaire, se déplacer plus aisément pour rencontrer les cadres et/ou de transmettre le questionnaire aux professionnels. N'ayant obtenu que deux réponses, une nouvelle sollicitation est faite au mois de septembre. Cette fois-ci, l'e-mail concerne simplement l'organisation du service et non plus la demande de réaliser un questionnaire afin d'obtenir peut-être davantage de retour.

2.2.2. Outil utilisé

Le questionnaire destiné aux professionnels libéraux se compose de 3 parties :

- La première partie intitulée « données épidémiologiques » demande aux praticiens de renseigner leur sexe, tranche d'âge, année d'obtention de diplôme, s'ils pratiquent des visites post-natales et s'ils prescrivent des séances

de rééducation périnéale. Pour les sages-femmes seulement, il est aussi demandé la part que représente la rééducation périnéale dans leur activité quotidienne.

- La seconde partie intitulée « concernant votre pratique dans le post-partum » interroge les professionnels sur leur manière de prescrire ou non des séances de rééducation périnéale. Il leur est notamment demandé si cette prescription est systématique, quels sont les éléments de l'interrogatoire et les éléments cliniques qui peuvent influencer leur prescription, ainsi que leur pratique vis-à-vis du testing des releveurs de l'anوس. Enfin, une question ouverte permet aux répondants de l'enquête de laisser en commentaire les conseils et/ou informations donnés en cas de non prescription de séances de rééducation périnéale.
- La dernière partie intitulée « votre avis à propos de la rééducation périnéale » permet de mettre en lumière de façon plus globale leur pratique et ressenti quant à l'intérêt de la rééducation périnéale. Il est demandé si, selon eux, la réalisation de séances de rééducation périnéale doit être systématique pour la nullipare ou la multipare, le nombre de séances minimum conseillé, le moment optimal de réalisation de ces séances et en dernier lieu, quels sont pour eux les objectifs de la rééducation périnéale.
- Pour clore ce questionnaire, il est mis à la disposition des répondants un espace libre de commentaires.

Pour les professionnels des suites de couches, les questions sont semblables mais adaptées à la pratique.

- La première partie intitulée « données épidémiologiques » demande aux praticiens de renseigner leur sexe, année d'obtention de diplôme et le type de maternité dans lequel ils exercent.

- La seconde partie intitulée « concernant votre pratique vis-à-vis de la rééducation périnéo-sphinctérienne » interroge les professionnels sur la manière de prescrire ou non des séances de rééducation périnéale au sein de la maternité. Il leur est notamment demandé si cette prescription est systématique ou à leur appréciation du professionnel et si des éléments de l'anamnèse de l'accouchement et/ou des éléments cliniques peuvent influencer leur prescription. Il est également recherché la réalisation éventuelle d'un testing au moment de la sortie et s'il influence la prescription. Ensuite, les praticiens sont interrogés sur les informations prodiguées sur le périnée ou les conseils en cas d'incontinence. Enfin, ce questionnaire, comme le premier, interroge leur point de vue concernant la rééducation : doit-elle être systématique ou non pour la nullipare/ multipare et quelle est pour eux la période optimale de rééducation ?

2.2.3. Méthode d'analyse

Le questionnaire est rédigé sur Google Forms© pour l'envoi par e-mail aux sages-femmes et retranscrit sur Microsoft Office 2016© Word pour l'envoi courrier aux gynécologues.

De même, pour les praticiens des suites de couches, le questionnaire est rédigé sur Google Forms© afin de pouvoir le transmettre par e-mail et également retranscrit sur Microsoft Office 2016© afin de pouvoir fournir une version papier si nécessaire.

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

2.3. Résultats de l'enquête chez les praticiens libéraux

Le nombre de sujets sélectionnés pour participer à cette enquête est de 140 sages-femmes et 45 gynécologues.

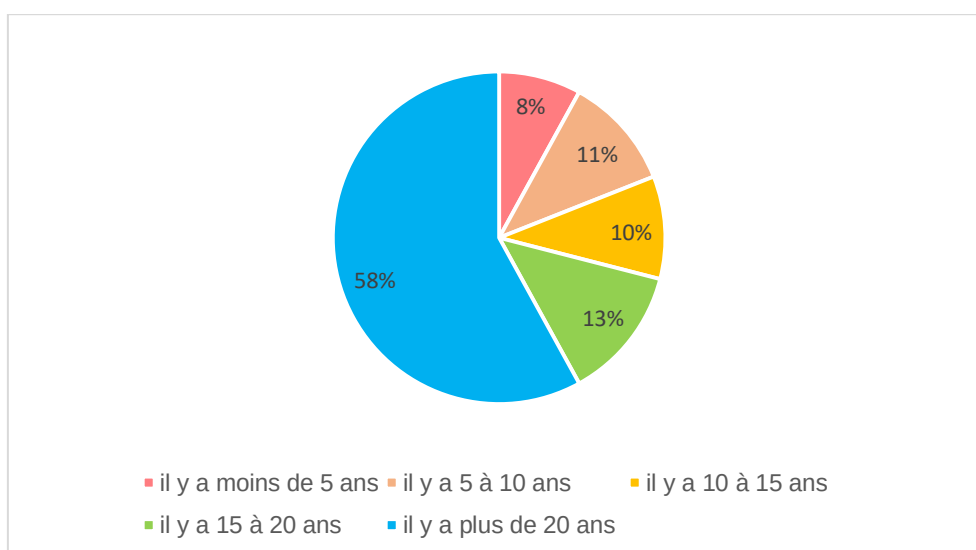
Nous sont parvenues 69 réponses en ligne de sages-femmes et 25 réponses de gynécologues par retour de questionnaires via courrier soit un taux de réponses total de 51%.

Pour une lecture facilitée, les résultats sont présentés en reprenant les 3 parties du questionnaire.

2.3.1. Données épidémiologiques

Ont participé à cette enquête 89 femmes soit 94,7 % de l'effectif total et 5 hommes (tous gynécologues) soit 5,3%.

Figure 1: Année d'obtention du diplôme

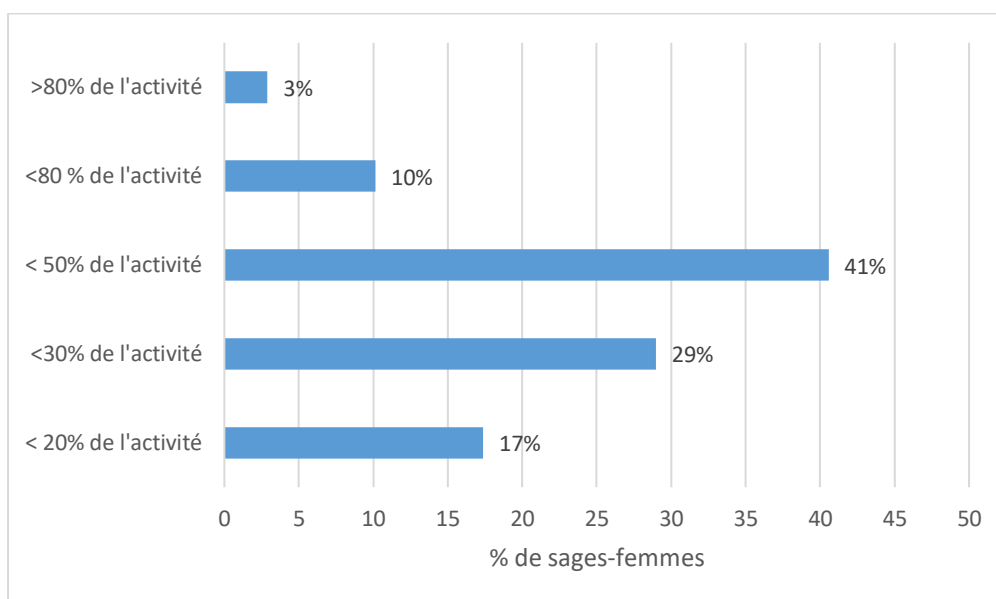


La majorité de la population interrogée (sages-femmes et gynécologues confondus) est diplômée depuis plus de 20 ans, soit 58% de l'effectif (21 gynécologues sur les 25, et 34 sages-femmes sur les 69)

Tous les praticiens interrogés réalisent des visites post-natales.

Tous ces professionnels prescrivent des séances de rééducation périnéale, à l'exception d'une sage-femme qui ne prescrit et ne réalise pas de rééducation périnéale dans l'activité de son cabinet.

Figure 2 : Part de la rééducation périnéale dans l'activité libérale des sages-femmes



2.3.2. Concernant votre pratique dans le post-partum

Figure 3 : Fréquence de prescription de la rééducation périnéale

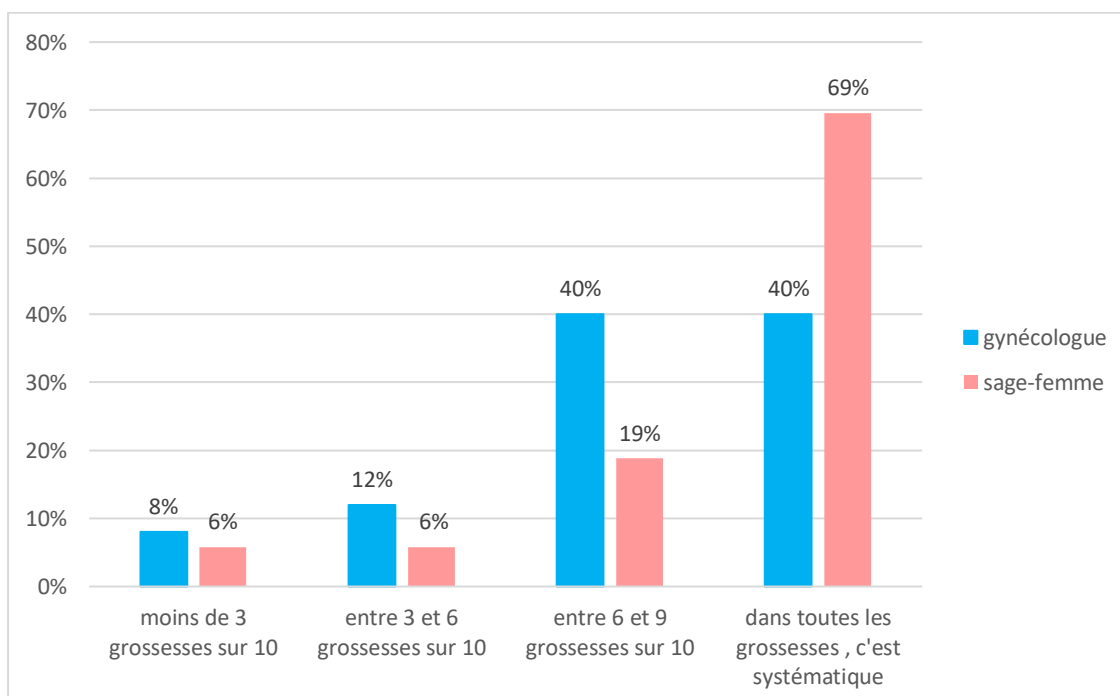
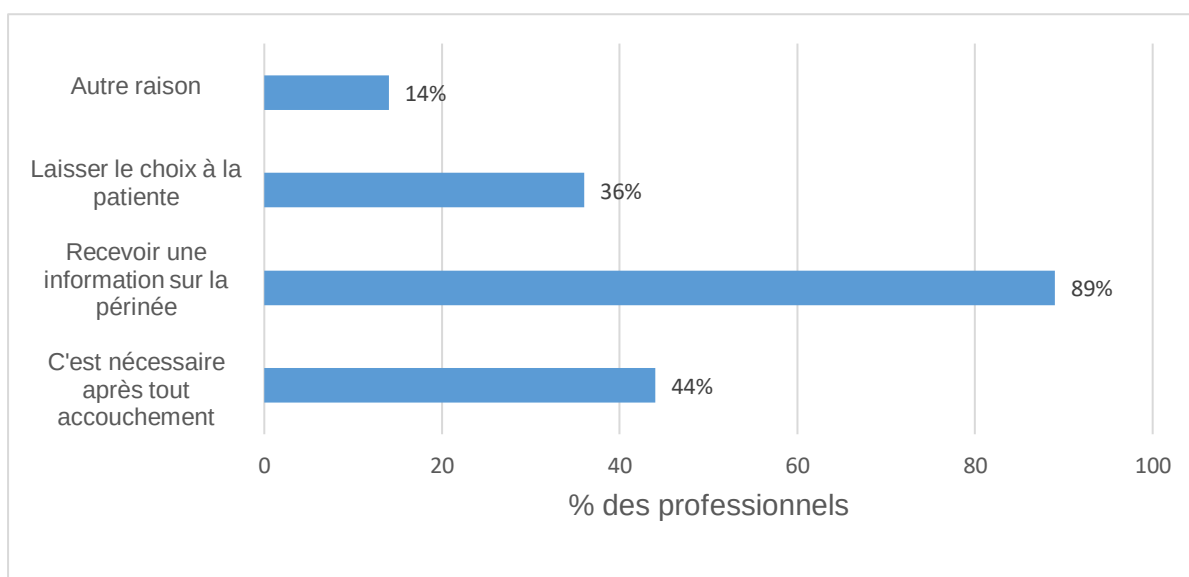


Figure 4 : Raison(s) de la prescription systématique



10 des 94 répondants à l'enquête, toutes sages-femmes évoquent d'autres raisons à la prescription systématique de la rééducation périnéale que l'on peut classer en 4 grands thèmes :

- Appréhender la connaissance du périnée/ du corps
- Prévenir les pressions thoraco-abdominales à l'effort
- Permettre à la patiente d'avoir un moment privilégié pour elle
- Aborder la sexualité

Thème	Extraits de commentaire
Connaissance	« Connaissance de son corps » « Mieux connaître son corps » « Comprendre le fonctionnement périnéal » « Connaître les fonctions du périnée lors d'un effort »
Prévention	« Travailler en préventif » « Prévention et correction des PTAE » « Prendre conscience du périnée et des PTAE » « Maîtrise du périnée et des PTAE »
Moment privilégié	« Prendre soin de soi » « Réinvestir son corps sexué » « Retrouver sa féminité »
Approche de la sexualité	« Réduction des dyspareunies » « Parler de sexualité » « Retrouver sa sexualité » « Education à la sexualité »

Figure 5 : Eléments de l'anamnèse qui orientent vers une prescription de séances de rééducation périnéale tous professionnels confondus

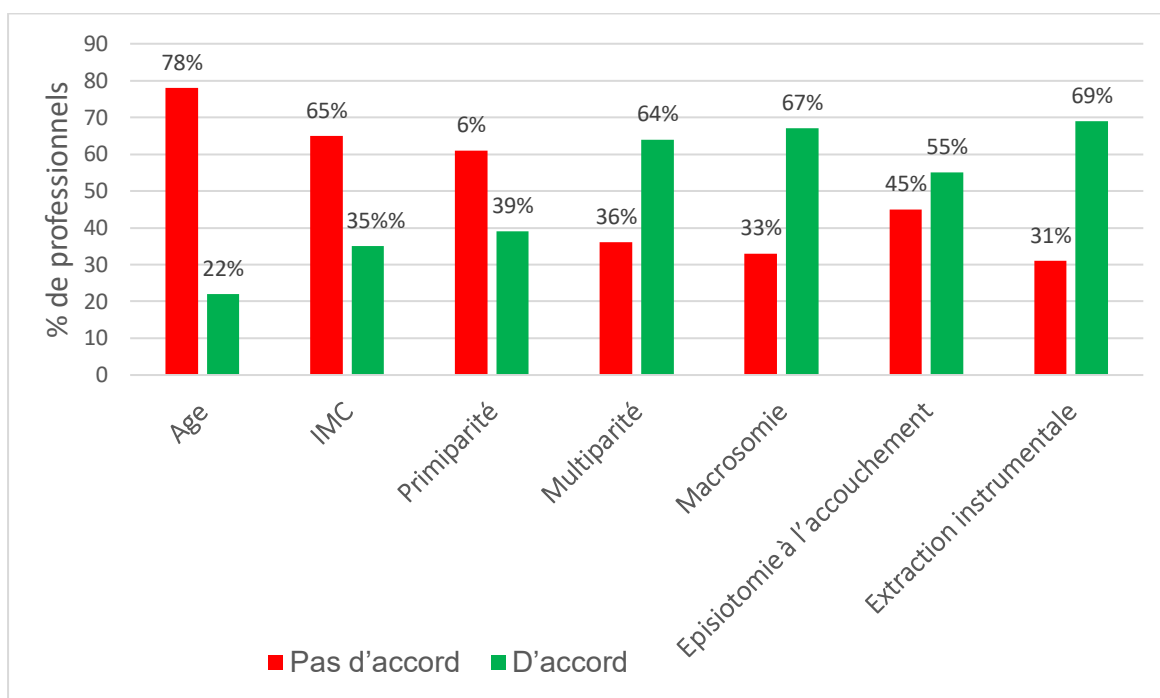
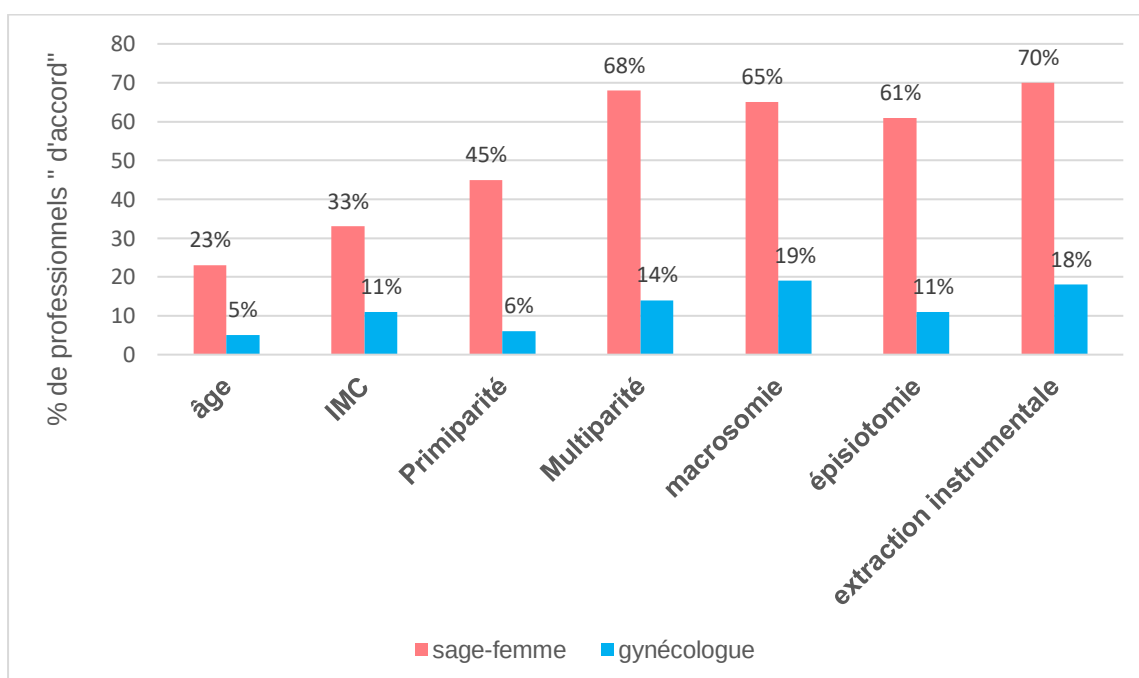


Figure 6 : Eléments de l'anamnèse qui influencent la prescription



Les éléments de l'interrogatoire influencent davantage les sages-femmes que les gynécologues dans la prescription notamment la multiparité, la macrosomie, l'épisiotomie et l'extraction instrumentale qui sont des facteurs importants pour plus de 50% des sages-femmes.

Figure 7 : Eléments cliniques qui orientent vers une prescription de séances de rééducation périnéale tous professionnels confondus

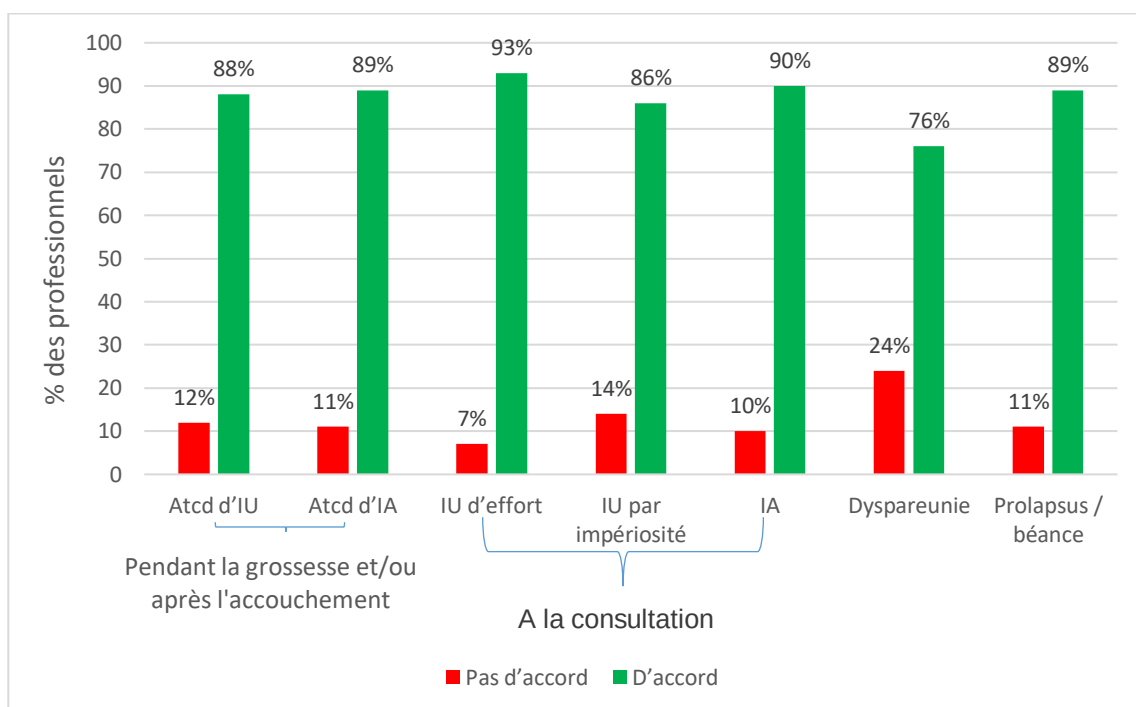


Figure 8: Eléments cliniques qui influencent la prescription

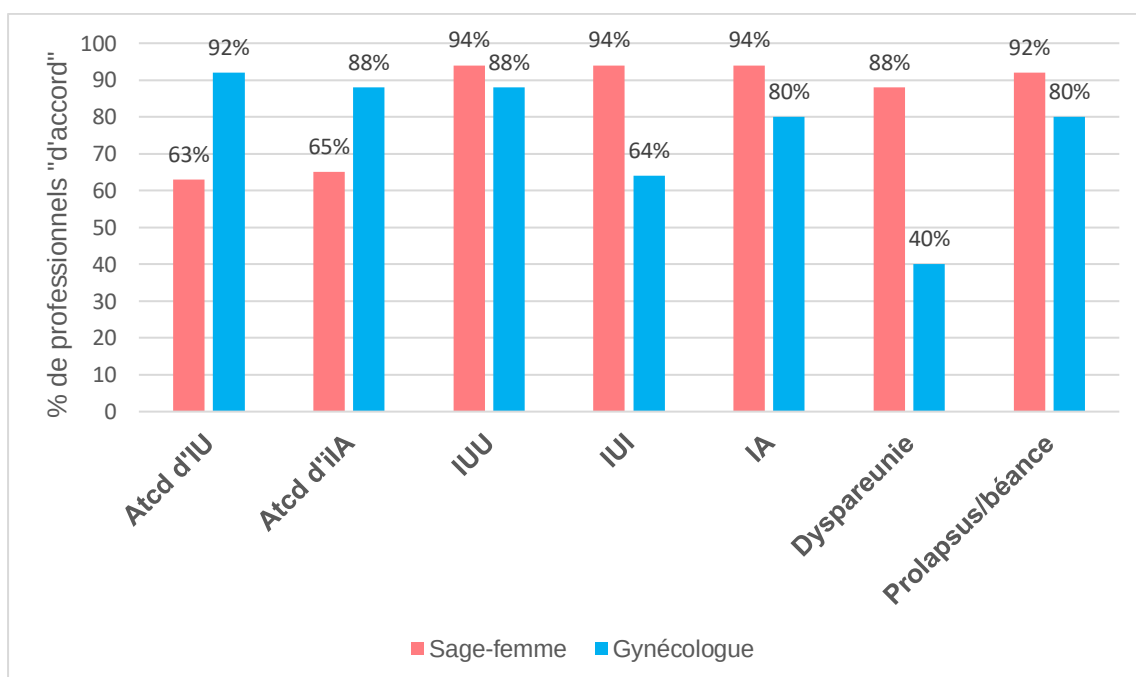


Figure 9: Réalisation du testing

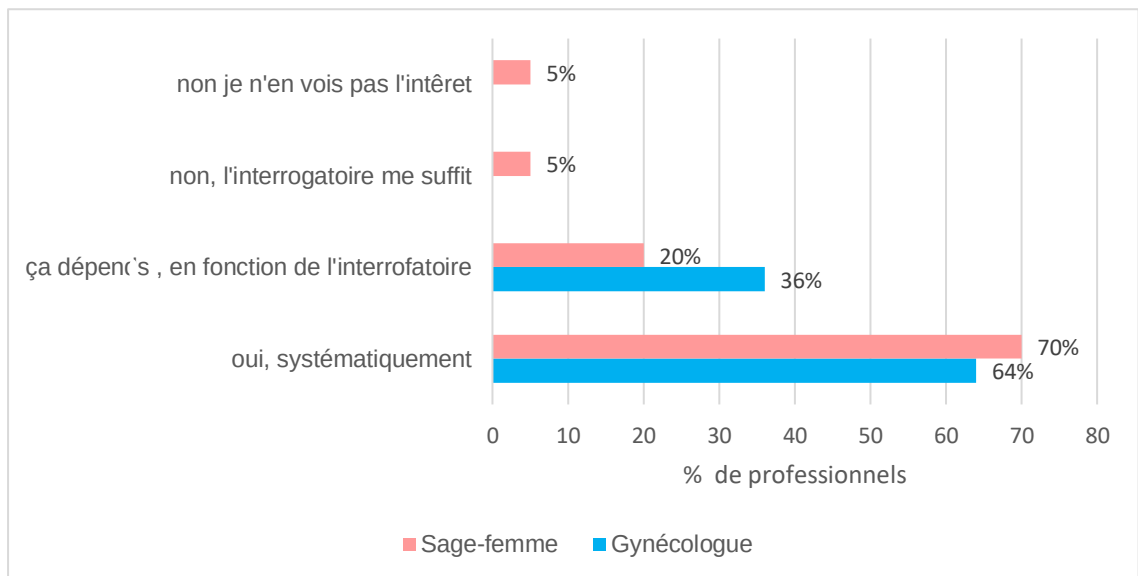
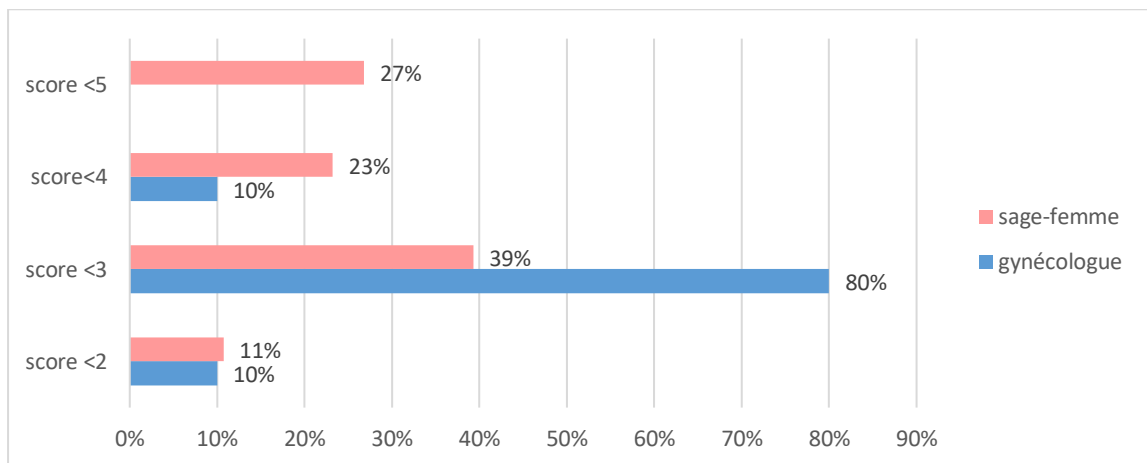


Figure 10 : Score du testing nécessitant une rééducation périnéale



80 % des gynécologues et 39% des sages-femmes, soit 50% de l'ensemble de la population de l'étude, estiment qu'une rééducation périnéale est nécessaire si le score du testing est inférieur à 3

Si aucune prescription de séances de rééducation périnéale n'est fournie à la patiente, certains praticiens (58 commentaires au total sur les 94 participants à l'enquête dont 14 gynécologues) prodiguent des informations/ conseils complémentaires que l'on peut classer comme ci-après :

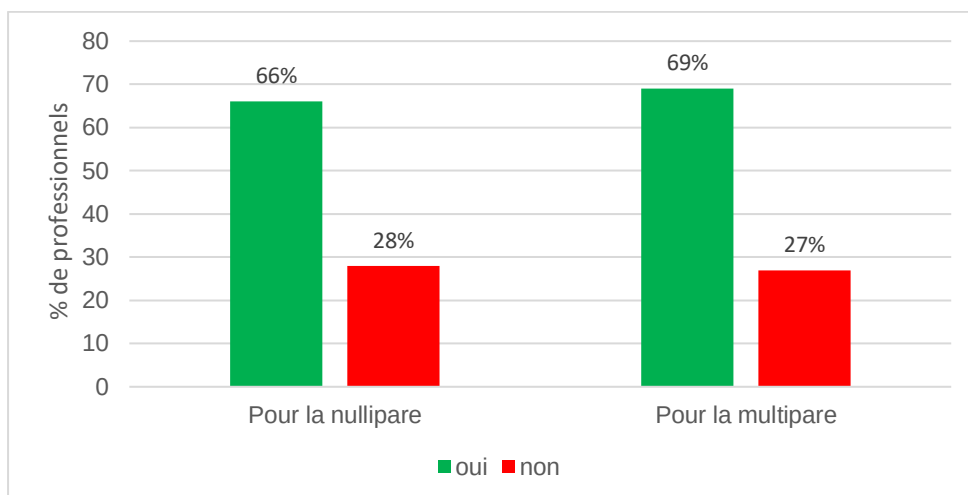
Nombre de fois cité en commentaire	Conseils	Extraits de commentaires
18	Pratiquer l'autorééducation	« Contractions quotidiennes du périnée » « Faire de petits exercices au moins 3min/j » « Exercices avec ballon (pilates) » « serrer en remontant »
14	Verrouillage à l'effort	« Lors du port de charge lourde » « lors de la pratique d'un sport »
10	Explication du rôle du périnée	« Expliquer son rôle et en faire prendre conscience »
7	Eviter l'hyperpression	« attention aux hyperpressions abdominales » « conseils de posture »
7	Pratiquer la fausse inspiration	« fausse inspiration ou abdo-hypopressif » « attention aux abdos néfastes »
7	Reconsulter si troubles P-S	« l'apparition de trouble est possible toute la vie »
6	Prévention de la constipation	« surveiller son alimentation pour éviter la constipation » « ne pas pousser à la défécation »
6	Uriner fréquemment	« aller régulièrement uriner » « réaliser un calendrier mictionnel si nécessaire pour anticiper la miction »

Autres conseils cités :

- Pas de port de charge lourde ni de sport pendant un mois
- Massage du périnée en cas de dyspareunie

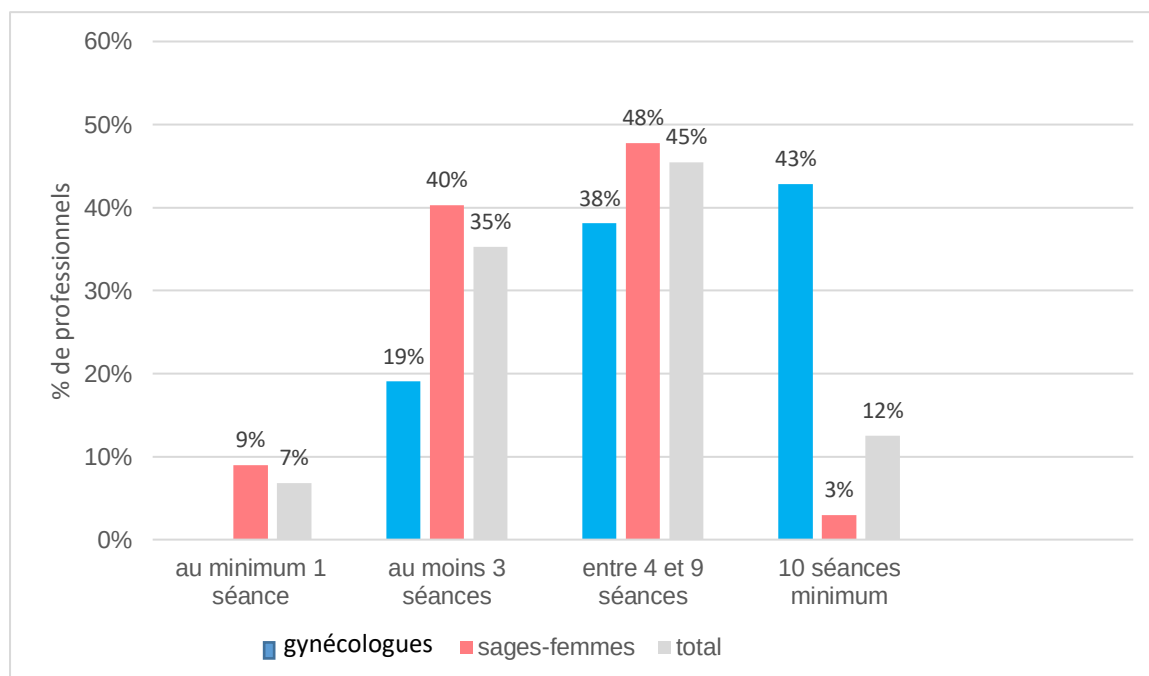
2.3.3. Votre avis à propos de la rééducation périnéo-sphincterienne

Figure 11 : La rééducation doit être systématique après l'accouchement



95% des professionnels répondant « oui pour la nullipare » répondent également « oui pour la multipare ».

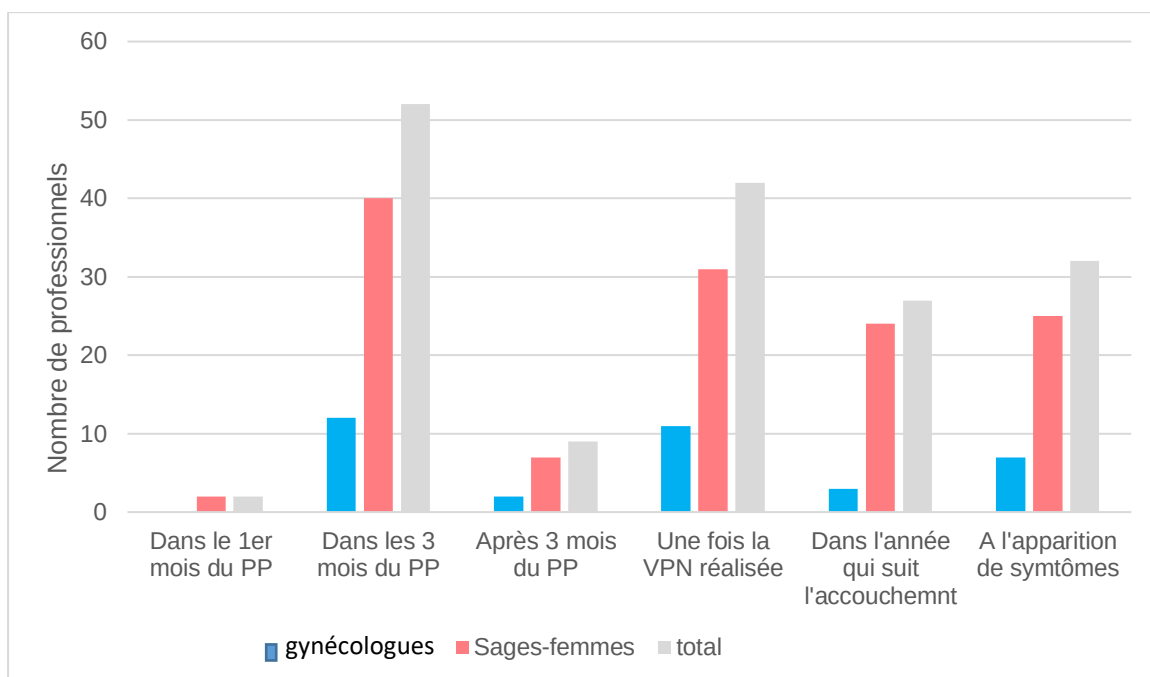
Figure 12: Nombre de séances de rééducation périnéale minimum jugé nécessaire



80 % de l'ensemble des praticiens ayant répondu à l'enquête estiment qu'il est nécessaire de réaliser au moins entre 3 et 9 séances. Parmi les gynécologues 43%

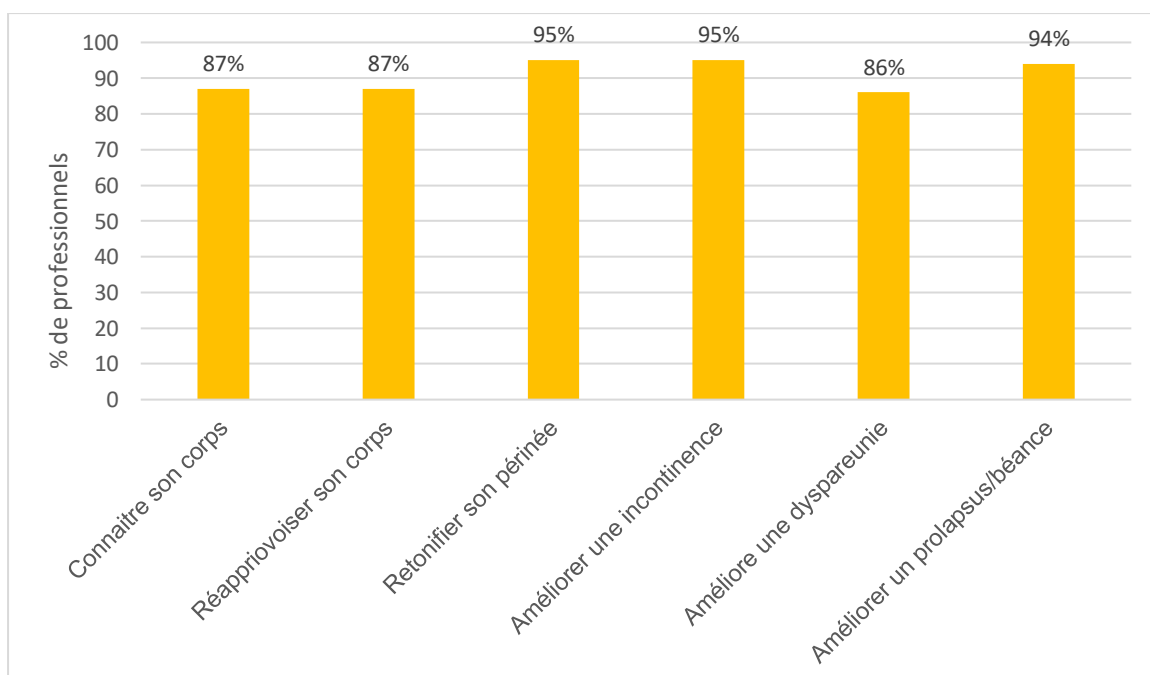
pensent qu'il est nécessaire de réaliser au minimum 10 séances de rééducation périnéale contre 3% des sages-femmes.

Figure 13: Période optimale pour la réalisation de la rééducation périnéale



Plus de la moitié (55%) des praticiens interrogés pensent que la rééducation périnéale doit être réalisée au cours des 3 premiers mois du post-partum.

Figure 14 : Objectifs de la rééducation périnéale



A la fin du questionnaire, 42 professionnels de santé dont 10 gynécologues ont laissé un commentaire à propos de la rééducation périnéale en général.

Le systématisme de la prescription de la rééducation périnéale est abordé à plusieurs reprises par une partie des professionnels. Une partie estime que la prescription doit être systématique. L'autre partie, au contraire, insiste sur le fait qu'elle ne doit pas l'être.

Systématique	« Rééducation nécessaire pour toute les femmes car perte du réflexe du verrouillage périnéal à l'effort qui est perdu par toute femme enceinte au 1er trimestre de grossesse » « Doit rester systématique , au praticien d'adapter le nombre de séances » « Elle est nécessaire même si tout va bien » « Systématique afin d'éduquer , donner l'information surtout qu'à la reprise du travail , les femmes ne prendront plus le temps pour cela » « Doit être systématique car périnée fortement sollicité pendant la grossesse »
Non systématique	« Ne doit pas être systématique » « Systématisme inutile » « Adaptée, à la sémiologie et à l'examen » « Pour améliorer une IA/IU , ne doit pas être prescrit en sortie de maternité » « Si IU/ IA , pas si allaitement , au moins 2 mois en PP , inefficace si pas de symptômes [CNGOF cité] » « Inefficacité démontrée si pas de symptôme clinique ne doit pas être faite avant 2 mois du PP comme certaines SF le pratiquent , pas si allaitement → RPC DU CNGOF ! » « Il est anormal que des femmes aient déjà une prescription → recommandations du CNGOF »

D'autre part, un certain nombre de thèmes sont abordés :

- L'éducation périnéale
- Un temps d'écoute pour aborder notamment la sexualité
- La réappropriation de son corps
- Le testing
- Les pressions thoraco-abdominales d'effort

Nombre de fois cités	thème	Extraits de commentaires
13	Education périnéale	« Education dès le plus jeune âge » « Education pour prendre soin de cette zone = autonomie des femmes » « Educatif et Préventif ! » « Eduquer pour connaître son corps » « Education à la santé » « Eduquer pour les efforts du quotidien » « Apprendre à prendre soin de son périnée » « Découvrir la zone périnéale, prendre de bonnes habitudes » « Meilleure connaissance de son corps et de son maintien dans l'espace » « Le connaître pour le protéger » « information et découverte du périnée »
7	Un temps d'écoute et aborder la sexualité	« Avoir une bonne santé sexuelle » « Aborder certains tabous sexuels » « Evoluer dans leur intimité et leur estime » « Aborder la sexualité et la notion de plaisir » « Moment d'échange pour des femmes qui peuvent se sentir seules » « Mettre au jour des troubles sexuels et des antécédents de violences » « Temps d'écoute » « Moment privilégié »
6	Réappropriation du corps	« Se réapproprier son corps » « Se réconcilier avec son corps » « Se retrouver physiquement, psychologiquement, dans sa féminité »
4	Testing	« Testing correct ne veut pas dire bon usage du périnée » « RP préventive chez des sportives avec un bon testing »
4	PTAE	« Maîtrise du périnée lors de PTAE » « Attention aux pressions à l'effort » « Importance de tester le périnée lors de PTAE »

D'autres sujets sont également abordés en commentaire libre.

Les méthodes pratiquées sont évoquées comme l'eutonie : « utilisation de l'eutonie pour travailler les postures et les sensations de la femme (un périnée tonique ne sert à rien si de multiples traumatismes le fragilisent) ».

Certains praticiens mettent en évidence la nécessité d'évaluer l'efficacité de l'ensemble de ces méthodes :

« Difficile à évaluer : CMP, eutonie, Gasquet, biofeedback, ostéopathie »

« Il serait important de faire une étude sur les différentes méthodes »

Enfin, certaines observations sont faites par plusieurs praticiens à propos de la rééducation périnéale. Sont notamment abordées l'électrostimulation, la possible précocité de la rééducation périnéale dans le post-partum ainsi qu'une forme d'incompréhension des femmes vis-à-vis de la pratique de séances de rééducation périnéale.

L'électrostimulation	« Je ne crois pas en l'efficacité de l'électrostimulation seule » « Rééducation sans biofeedback inefficace ! » « La rééducation sans biofeedback démontre tous les jours son inefficacité »
Rééducation trop précoce et séances trop courtes	« 30 min de séances sont insuffisantes selon la pratique de certaines techniques » « Souvent faite trop précocement après l'accouchement » « trop précoce, femme encore fatiguée et très occupée par l'arrivée de son enfant »
Non compréhension de la pratique de la rééducation périnéale	« Exercices non refaits en auto-entretien » « Les femmes semblent ne pas comprendre l'intérêt de la rééducation car ne la continuent pas au long cours » « Le travail permanent est rarement expliqué ou compris et les femmes s'étonnent de voir l'apparition de problèmes vers 40-50 ans quand elles ont fait leurs 10 séances après leur accouchement » « Incompréhension des femmes » « La plupart ne comprennent pas qu'il faut rééduquer toute la vie et pas seulement en post-partum »

2.4. Résultats de l'enquête chez les professionnels de suites de couches

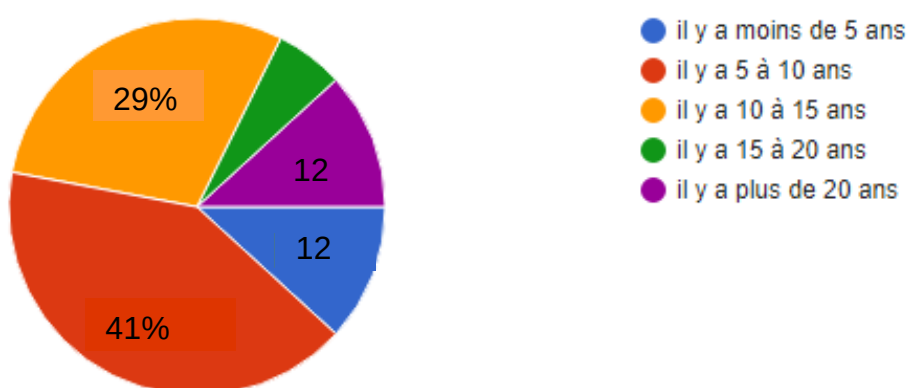
Parmi les 6 maternités sollicitées initialement, une seule a autorisé la diffusion du questionnaire par mail aux sages-femmes concernant leur pratique au sein du service de suites de couches.

Le questionnaire est envoyé à 59 sages-femmes de l'établissement où la coordinatrice en maïeutique a accepté de nous fournir une liste des e-mails professionnels. 6 d'entre eux sont invalides. 17 réponses nous sont parvenues. Soit un taux de participation de 32%.

2.4.1. Données épidémiologiques

Tous les participants à cette enquête sont des femmes et exercent en maternité de type 3.

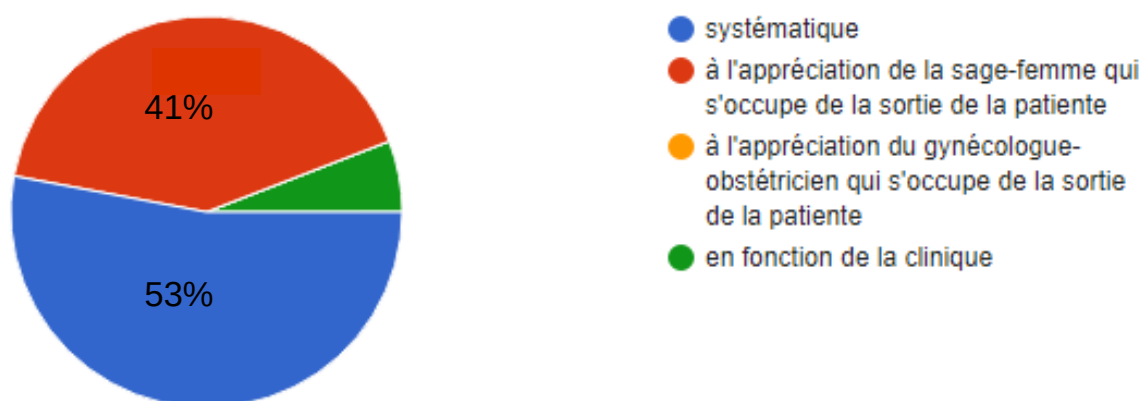
Figure 15 : Année d'obtention du diplôme



70% des professionnels ont obtenu leur diplôme il y a 5 à 15 ans.

2.4.2. Concernant la pratique vis-à-vis de la rééducation périnéale

Figure 16 : Prescription de séances de rééducation périnéale en sortie de maternité



Une seule personne a répondu « en fonction de la clinique » et n'a pas répondu à la question qui interroge sur les éléments cliniques qui influent sa prescription.

15 des 17 sages-femmes ne réalisent pas de testing en sortie de maternité.

3 sages-femmes ont répondu à la question « si le testing est réalisé, influence-t-il votre prescription ? » : 2 d'entre-elles ont répondu non.

Des conseils et informations sont donnés à toutes les femmes en sortie de maternité concernant le périnée et /ou la rééducation périnéale. Nous avons tenté de les classer en catégories dans le tableau ci-après.

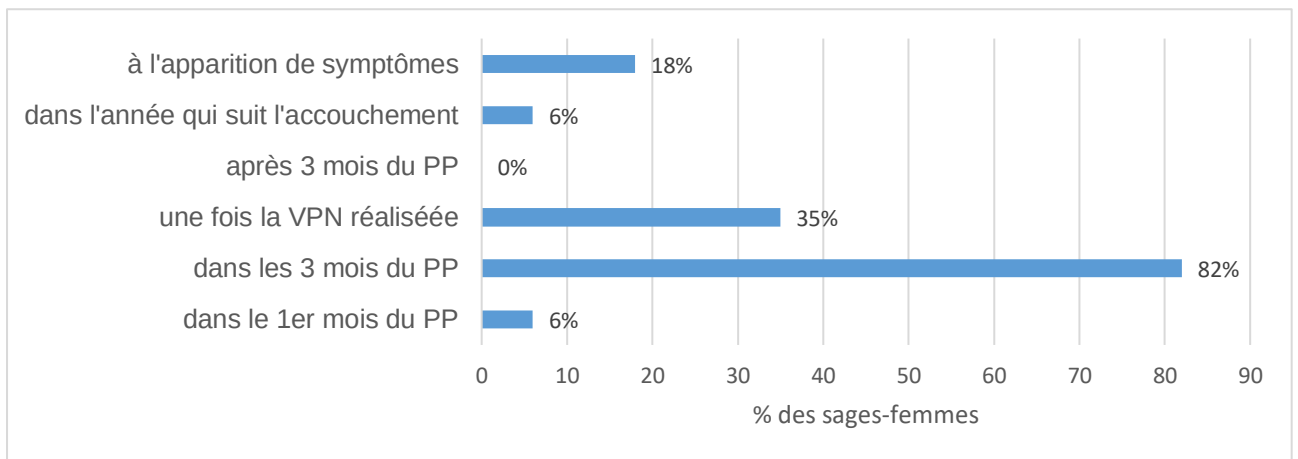
Nombre de fois cités	Thème	Informations/conseils retenus
7	Port de charges lourdes	A éviter avant la rééducation
6	Sport	A éviter avant la rééducation Privilégier la marche
4	Pratique d'exercices	Fausse inspiration Serrer le périnée par intermittence → en attendant la rééducation
3	Importance de la rééducation	« Même si besoin non ressenti » Pour « la prévention » « sensibilisation » et pour connaître son périnée
3	Variabilité de la rééducation	Praticien dépendant 10 séances prescrites mais le nombre varie selon le praticien
	Autres	Pas de rééducation avant 2 mois « surtout si allaitement » Pas de « stop pipi »

Si la patiente présente une incontinence anale et/ ou urinaire, des informations/ recommandations lui sont données.

Nombre de fois cités	Conseils/ informations
5	Rééducation périnéale précoce (à 1 mois du PP)
5	Amélioration souvent spontanée (réassurance de la patiente)
3	Uriner fréquemment
2	Eviter la constipation (« pour ne pas pousser »)
2	Ne pas faire de « stop pipi »

Pour 16 des 17 sages-femmes ayant répondu, la rééducation doit être systématique chez la primipare comme chez la multipare. Pour une seule d'entre-elles, elle ne doit pas l'être.

Figure 17 : période optimale de pour la réalisation de la rééducation périnéale



Du fait du peu de réponses obtenues, nous avons sollicité, dans un second temps, 10 maternités de Loire-Atlantique et Vendée.

Dans ce second e-mail, les deux questions suivantes sont posées.

- une prescription de séances de rééducation est-elle donnée en sortie de maternité ?
- si tel est le cas, cette prescription est-elle faite de façon systématique ?

Nous avons reçu 3 réponses en retour.

Une maternité de type 1 : la prescription est non systématique et faite très rarement en sortie de maternité « depuis les nouvelles recommandations du CNGOF ».

Deux maternités de type 2 :

- L'une d'elle : la prescription dépend du praticien. Elle est parfois systématique en sortie de maternité mais en majorité, il n'y a pas de prescription systématique et une réévaluation est faite à la visite post-natale.
- L'autre : il n'y a pas de prescription systématique. La prescription de rééducation périnéale est rare en sortie de maternité.

Résultats clés de l'enquête

La rééducation périnéale représente, pour 83% des sages-femmes, plus de 20% de leur activité.

Pour 70% des sages-femmes et 40% des gynécologues interrogés, la prescription de séances de rééducation périnéale est systématique.

Pour 43 % des gynécologues, lorsqu'il y a une rééducation prescrite, il faut réaliser 10 séances de rééducation au minimum.

55% des professionnels estiment que la période optimale de rééducation se situe dans les 3 mois du post-partum.

Les pratiques de prescription de séances de rééducation périnéale en sortie de maternité sont disparates entre les différentes maternités de Loire-Atlantique et Vendée.

Partie III: Discussion

III- Discussion

La discussion sera présentée en deux parties. Dans la première, nous effectuerons une critique de la méthode employée ; dans la seconde, nous analyserons et discuterons les résultats que nous avons obtenus.

3.1. *Biais et limites*

3.1.1 L'étude sur les pratiques des professionnels libéraux

Nous avons décidé de réaliser une étude sur seulement deux départements de la région Pays de la Loire pour des raisons pratiques. En effet, le fait d'envoyer par courrier le questionnaire aux gynécologues, nous a empêchée d'en inclure davantage pour des raisons budgétaires. Il aurait été intéressant d'interroger un plus grand nombre de ces praticiens, peut-être en ayant au préalable récupéré leurs e-mails professionnels par téléphone ou par le conseil de l'ordre.

94 praticiens ont répondu à notre questionnaire, sur les 185 identifiés, soit un taux de réponses de 51%. Ceci peut témoigner de l'intérêt des sages-femmes ainsi que des gynécologues sur le sujet. Cependant, l'ensemble de nos résultats et de nos conclusions sont à relativiser du fait de la faible puissance de l'étude (n=94).

Lors de la construction de notre questionnaire, nous avons décidé d'utiliser principalement des questions fermées pour permettre une analyse facile et homogène. De plus, aux questions sur les éléments de l'interrogatoire et les éléments cliniques qui influencent la prescription, le praticien doit répondre par « pas du tout d'accord », « en partie d'accord » etc. Il est finalement décidé au moment de l'exploitation des résultats de rassembler ces réponses en 2 catégories afin d'en obtenir une meilleure interprétation. Quelques questions sont libres de commentaires et finalement difficiles à exploiter et à synthétiser du fait du nombre important de remarques exprimées par les praticiens. En effet, nombre d'entre eux ont des éléments à préciser et à ajouter autant sur leur pratique que sur la rééducation périnéale en général. Malgré tout, cela a permis de mettre en évidence des éléments apparaissant comme essentiels par

plusieurs praticiens alors qu'ils ne sont pas évoqués dans les recommandations de 2015 (nous reprendrons ces éléments plus tard).

Enfin, nous avons choisi de ne pas évoquer les nouvelles recommandations de 2015 dans le questionnaire afin de ne pas influencer les réponses des praticiens. Peut-être aurait été-il intéressant d'avoir leur avis à propos de celles-ci et de savoir s'ils envisagent de faire évoluer leur pratique. Nous pourrions a posteriori réinterroger ces mêmes professionnels afin de voir si leur façon de prescrire les séances de rééducation périnéale a changé.

3.1.2. L'étude sur les pratiques au sein des maternités

La méthode consiste à transmettre, par l'intermédiaire des cadres de suites de couches, un questionnaire aux professionnels amenés peut-être à prescrire de la rééducation périnéale en sortie de maternité. La demande initiale de rendez-vous par mail afin de transmettre le questionnaire était sans doute inadéquate. En effet, nous avons obtenu peu de réponses. Peut-être le contact par téléphone ou directement par prise de rendez-vous aurait été plus efficace. Le mail peut en effet ne pas avoir été lu ou bien être passé inaperçu parmi le grand nombre de sollicitations sans doute reçues par les cadres. De plus, initialement, seulement quelques maternités, les plus proches de l'école de sages-femmes de Nantes, sont contactées. Cela permet en effet, si nécessaire, de se déplacer plus aisément afin de rencontrer les cadres et/ou de transmettre le questionnaire aux professionnels. Peut-être que si nous avions, dès le départ, interrogé toutes les maternités de Loire-Atlantique et Vendée, aurions-nous obtenu un plus grand nombre de réponses et donc disposé des éléments nécessaires pour répondre à nos objectifs.

Le deuxième mail s'adresse à toutes les maternités de Loire-Atlantique et de Vendée et pose des questions précises sur le fonctionnement du service, sans demande de rendez-vous, ni demande de transmission de questionnaires. Cela nous a permis d'obtenir de nouvelles réponses, car cette approche était sans doute moins chronophage et plus adéquate pour que les cadres puissent répondre à notre demande. En revanche, cela nous limite largement dans l'interprétation des réponses car des éléments nous manquent pour répondre correctement à nos objectifs et interrogations.

3.2. Analyse des résultats

3.2.1. Facteurs internes propres au professionnel

Etre une femme

95% des participants sont des femmes. Bien entendu l'esprit critique à l'égard des bonnes pratiques n'est pas genre-dépendant et le savoir théorique prime sur l'expérience personnelle. Cependant, on peut s'interroger sur l'influence de sa propre histoire (expériences personnelles de grossesse, d'accouchement) et du rapport à son corps et une plus grande sensibilisation aux enjeux de la rééducation périnéale.

L'expérience professionnelle

La majorité des participants à l'enquête est diplômée depuis plus de 20 ans, soit 58% de l'effectif total. Ces praticiens ont donc vécu et expérimenté les différentes évolutions des recommandations dans la pratique de la rééducation périnéale du post-partum. De même, de par leur expérience professionnelle, peut-être ont-ils un meilleur recul vis-à-vis de la rééducation périnéale ? Sans doute ont-ils pu observer leurs patientes au long cours, de leur accouchement à la ménopause et au-delà et voir l'apparition ou non de troubles périnéaux et constater également l'efficacité de la pratique de séances de rééducation. Là encore, l'expérience professionnelle a certainement influencé leur positionnement, leur pratique.

Cependant il faut aussi relever que les recommandations pour la pratique clinique sont diffusées en vue de promouvoir une pratique fondée sur les preuves.

L'information des médecins et sages-femmes par la diffusion des recommandations ne suffit pas à changer leur pratique. Plusieurs travaux démontrent qu'un certain nombre d'éléments peut entraîner une résistance au changement (27).

Dans la revue de Cabana (28), 293 barrières potentielles sont recensées. La figure ci-dessous les résume à chacune des grandes étapes de la mise en application d'une recommandation.

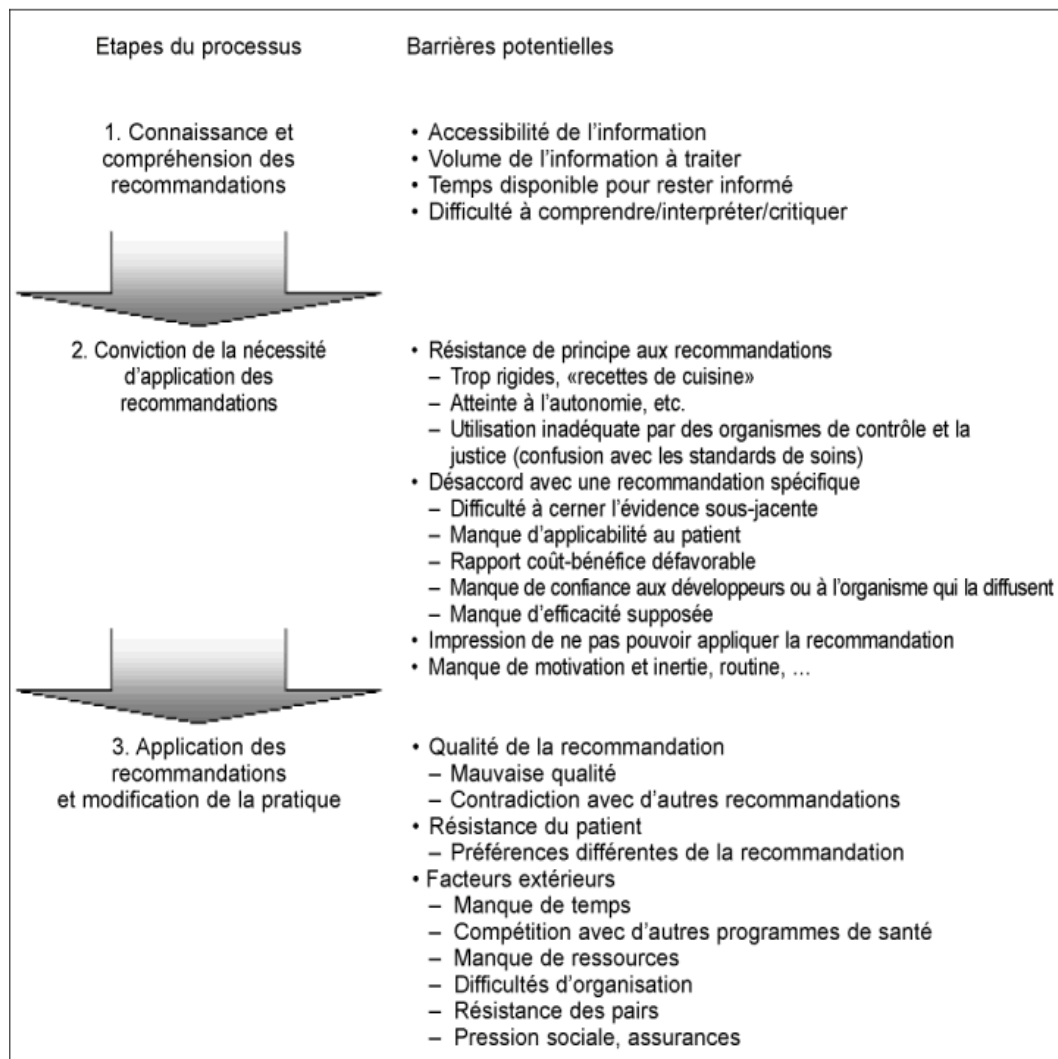


Figure 1. Séquence menant à l'introduction de recommandations en pratique et barrières pouvant entraver ce processus
Inspiré de Cabana²⁸

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. *Why don't physicians follow clinical practice guidelines?* (28).

Il convient alors de considérer les recommandations comme des aides à la prise en charge, à la décision, que le praticien adapte de façon individualisée à chacun de ses patients.

L'influence économique ?

Il apparaît essentiel, dans le contexte actuel de dépenses croissantes en santé, de s'interroger sur l'efficacité des soins exécutés. L'Organisation de coopération et développement économique (OCDE), qui compte 35 pays membres, a publié un

rapport en janvier 2017 (29) qui estime que 20% des dépenses de santé « pourraient être affectées à des fins plus utiles ». Ce pourcentage regroupe entre autre la pratique d'actes considérés comme inutiles ce qui ne signifie pas en revanche qu'ils soient déviants.

La publication de recommandations pour la pratique est donc une façon de se diriger davantage vers l'efficience des soins. Ces recommandations apparaissent alors comme une nouvelle référence dans la relation patient-professionnel de santé, permettant de participer à l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins ainsi qu'au rééquilibrage des connaissances des deux parties (les recommandations étant publiques).

En ce qui concerne la part de la rééducation périnéale dans l'activité des sages-femmes, elle reste relativement importante avec une part supérieure à 30% de leur activité pour plus de 50% d'entre elles. D'après un rapport publié en 2016 par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (1) suite à une enquête réalisée en 2014, l'acte le plus fréquemment côté est la rééducation périnéale. Cet acte représente 46% des actes côtés en SF soit 37% de l'ensemble des actes réalisés par les sages-femmes et remboursés ce qui semble comparable à nos données. Ce pourcentage représente près d'un tiers des honoraires des sages-femmes pour la lettre SF. Les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale représentent dans l'étude ONDPS 38,5 % de la patientèle des sages-femmes libérales.

Dans cette même étude, nous observons une augmentation de 8,6% des actes de rééducation périnéale entre 2013 et 2014. Il serait certainement intéressant a posteriori de réinterroger les sages-femmes sur la part que représente dans leur activité la rééducation périnéale afin d'observer s'il y a une diminution ou non de l'activité, reflet peut-être, du respect des recommandations de 2015.

Il est utile de souligner, avec ces chiffres, que la rééducation périnéale constitue, de toute évidence, une part importante de leur activité libérale et donc de leurs revenus professionnels. Nous pouvons aisément imaginer que la prescription de séances, uniquement aux patientes ayant des symptômes réduirait l'activité des sages-femmes de façon majeure si l'on considère que seulement 20 à 30% de patientes sont probablement atteintes d'une incontinence urinaire ou anale à 3 mois du post-partum.

3.2.2. Les recommandations du CNGOF

Prescription systématique

Cette étude a permis de soulever le fait que les recommandations de 2015 n'ont, pour le moment, pas fait évoluer les pratiques des professionnels. En effet, près de 62% des praticiens interrogés prescrivent systématiquement des séances de rééducation périnéale. Cette tendance est comparable chez les sages-femmes et les gynécologues bien que ces derniers semblent prescrire de façon un peu moins systématique (40% systématique) que les sages-femmes (70% systématique). Malgré tout près de 80% des gynécologues prescrivent des séances dans plus de 6 grossesses sur 10.

Près de 70% des praticiens estiment que la rééducation doit être systématique pour la nullipare et pour la multipare (avec 95% de correspondance des réponses, c'est-à-dire, que 95% ayant répondu oui pour la nullipare ont également répondu oui pour la multipare).

88% des sages-femmes jugent nécessaire la réalisation de 3 à 9 séances. Et pour 43% des gynécologues, 10 séances minimum sont nécessaires pour une rééducation optimale. Rappelons que dans les recommandations du CNGOF, au moins 3 séances guidées par un thérapeute sont recommandées, associées à des exercices réalisés au domicile si la patiente souffre d'une incontinence.

Selon une étude réalisée en 2015 par la CNAMTS portant sur 440 512 femmes ayant accouché par voie basse et 85 914 femmes ayant accouché par césarienne, chaque patiente réalise en moyenne 8 séances de rééducation périnéale. Ces chiffres semblent de nouveau coïncider avec nos résultats.

Ces éléments mettent en évidence que les recommandations du CNGOF de 2015 ne semblent pas correspondre aux idées et/ou convictions des praticiens interrogés. Ils semblent persister dans une démarche où les séances de rééducation périnéale du post-partum sont nécessaires, et ce, en nombre non négligeable.

En effet, dans les commentaires libres de fin de questionnaire, on peut retrouver ceci :

- « Rééducation nécessaire pour toutes les femmes car perte du réflexe du verrouillage périnéal à l'effort qui est perdu par toute femme enceinte au 1er trimestre de grossesse »

- « Elle est nécessaire même si tout va bien »
- « Systématique afin d'éduquer, donner l'information surtout qu'à la reprise du travail, les femmes ne prennent plus le temps pour cela »
- « Doit être systématique car périnée fortement sollicitée pendant la grossesse »

On retrouve seulement trois fois les recommandations du CNGOF citées parmi ceux qui ne prescrivent pas de façon systématique, précisant que le systématisme est « inutile » et que la rééducation périnéale ne doit pas être prescrite dès la sortie de maternité ni pratiquée en cas d'allaitement.

Critères de prescription

Il existe un certain nombre de facteurs de risques obstétricaux de lésions périnéales, notamment (13):

- La primiparité : la première grossesse et le premier accouchement sont déterminants pour le sphincter externe
- La macrosomie fœtale: un poids de naissance > 4000g ainsi que le diamètre bipariétal >100mm augmentent le risque de déchirure périnéale et d'incontinence anale
- Les extractions instrumentales

Ces quelques éléments ont donc été repris afin d'établir s'il existe un lien entre leur présence dans l'anamnèse de la patiente et la prescription de rééducation périnéale.

Les données de l'anamnèse, qui incitent davantage le professionnel à prescrire la rééducation sont les suivantes : la multiparité, la macrosomie, l'épisiotomie et l'extraction instrumentale. Excepté la multiparité, comme nous l'avons vu précédemment, ces éléments sont des facteurs de risques de lésions périnéales.

La primiparité, pour 61% d'entre eux, n'est pas un facteur orientant vers la prescription d'une rééducation périnéale. Pourtant, c'est la première grossesse et le premier accouchement qui sont les plus traumatiques au niveau du périnée et notamment au niveau des sphincters externes. Il aurait donc été sans doute moins surprenant de

retrouver le facteur primiparité de façon majoritaire comme élément orientant vers une prescription.

Du côté des éléments cliniques qui amènent à prescrire de la rééducation, pour plus de 80% des professionnels, on retrouve : les antécédents d'incontinence urinaire et/ou d'incontinence anale, la présence d'une incontinence urinaire d'effort et/ou d'impériosité et/ou d'une incontinence anale au moment de la consultation ainsi que la présence d'un prolapsus ou d'une béance.

La dyspareunie est également un facteur important pour plus de 75% des professionnels.

L'HAS en 2002 a établi des recommandations à la demande de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (30).

D'après l'HAS, la rééducation périnéale a pour but « de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts ».

La prescription ne doit pas non plus être systématique mais doit découler de symptômes, notamment s'il existe « des déficiences ou incapacités résiduelles dans au moins une des trois dominantes ci-dessous [périnéale, abdominale, pelvi-rachidienne], ou s'il persiste une incoordination entre verrouillage périnéal, contraction abdominale et posture pelvi-rachidienne au cours des efforts globaux ».

De façon générale, une rééducation doit être proposée s'il persiste :

- Une incoordination entre verrouillage périnéal, contraction abdominale et posture pelvi-rachidienne au cours des efforts globaux
- Des douleurs périnéales (indication spécifique si dyspareunie associée),
- Une faiblesse des muscles du périnée,
- Une incontinence.

Or dans les recommandations du CNGOF de 2015, la rééducation n'est pas recommandée pour le traitement des dyspareunies car elle serait inefficace (pas associée à une diminution des dyspareunies à 1an (NP3)). De même, de simples conseils de contractions volontaires des muscles du plancher pelvien ne sont pas

moins efficaces que des séances de rééducation périnéale guidée par un thérapeute pour corriger un prolapsus persistant à 6 semaines du post-partum (NP2). La rééducation n'est donc pas non plus recommandée en cas de prolapsus.

Alors, pourquoi, malgré les recommandations, ces deux éléments sont-ils toujours pris en compte dans le choix de prescrire ou non des séances de rééducation périnéale ?

Les praticiens semblent encore appliquer les anciennes recommandations. Peut-être est-ce dû à la précocité de l'étude. En effet les recommandations du CNGOF ont été publiées en 2016 et il semble normal qu'un temps d'adaptation soit nécessaire pour se les approprier.

Période optimale de rééducation

Le CNGOF ne recommande pas la rééducation périnéale précoce, dans les deux mois du post-partum. Dans les recommandations de l'HAS de 2002 la rééducation périnéo-sphinctérienne ne doit commencer qu'après la visite post-natale, 6-8 semaines après l'accouchement.

Il est difficile d'évaluer si les praticiens interrogés s'accordent sur ce point car la question est certainement mal posée, en mettant comme limite « 3 mois du post-partum ». Néanmoins, 55% d'entre eux estiment que la rééducation doit être réalisée dans les 3 mois suivant l'accouchement, 45% après la visite post-natale (soit 6-8 semaines après l'accouchement) et seuls 2 professionnels pensent qu'il faut la réaliser le premier mois du post-partum. Une nouvelle fois, les praticiens semblent s'appuyer sur les anciennes recommandations de 2002.

Le congé maternité est de 16 semaines maximum pour un premier enfant (hors convention collective particulière), généralement partagé en 6 semaines avant la naissance et 10 semaines après. Si nous nous tenons au 10 semaines classiquement prises en post-partum, nous arrivons à une reprise de l'activité professionnelle pour la patiente à un peu moins de 2 mois et demi après la naissance.

Il est donc fréquent que la sage-femme organise pour sa patiente un « planning » de rééducation périnéale afin qu'il soit clos avant la reprise du travail (car la patiente se retrouve moins disponible entre le travail et son nouvel enfant) et ce, que la femme

soit allaitante ou non (imprégnation hormonale des tissus et donc une faiblesse qui peut être accentuée).

De plus le CNGOF, dans les recommandations de 2015, parle d'incontinence urinaire ou anale persistante à 3 mois du post-partum.

Il semble alors que les séances prescrites soient réalisées trop précocement après l'accouchement pour des raisons pratiques. En effet, la période optimale semble être de les réaliser après 2 mois minimum du post-partum et dans l'idéal après 3 mois, là où nous retrouverons les patientes dont les symptômes n'auraient pas régressé de façon spontanée.

Un autre élément doit être soulevé. En effet, actuellement, la rééducation est faite par une sage-femme pour les trois quarts des femmes en post-partum (chiffre ONPS). Si la rééducation est effectuée après 3 mois du post-partum, c'est-à-dire après avoir laissé la possibilité que l'incontinence se résolve de façon spontanée, la rééducation périnéale rentre dans le champ de compétences des kinésithérapeutes. La patiente aurait alors le choix entre pratiquer sa rééducation chez une sage-femme ou la pratiquer chez un kinésithérapeute. Ce facteur tend alors à diminuer l'activité de rééducation périnéale chez les sages-femmes et donc risque d'impacter leurs revenus.

Mais la rééducation périnéale n'a-t-elle pas un rôle plus large que de traiter un symptôme ou une pathologie ? Et la sage-femme n'est-elle pas un interlocuteur privilégié plus à même de répondre aux questions spécifiques de la maternité (ex : conseils d'alimentation du bébé ou questions relatives à son corps après la grossesse) ?

3.2.3. L'éducation périnéale : connaissance et protection du périnée

Parmi ceux qui prescrivent de façon systématique la rééducation périnéale, 45% estiment que c'est indispensable après tout accouchement mais surtout près de 90% trouvent que cela permet à la patiente de recevoir une information plus précise sur le périnée.

Un point essentiel semble ici soulevé : au-delà du caractère rééducatif des séances, il est nécessaire pour une partie des praticiens que la patiente ait connaissance de son périnée, de ses fonctions et rôles au sein du corps féminin. Cet élément est également

repris à plusieurs reprises dans le commentaire libre qui concerne la raison pour laquelle le praticien est amené à prescrire de façon systématique mais aussi dans le commentaire libre de fin de questionnaire. On trouve notamment :

- « Education dès le plus jeune âge »
- « Education pour prendre soin de cette zone = autonomie des femmes »
- « Le connaître pour le protéger »
- « Eduquer pour les efforts du quotidien »

En effet, ces séances sont également jugées nécessaires afin de connaître le périnée et de donner des conseils préventifs sur les pressions thoraco-abdominales à l'effort.

Ces séances de rééducation périnéale apparaissent alors comme un moment privilégié pour la patiente afin qu'elle puisse mieux connaître, protéger, redécouvrir et se réapproprier son corps. Certains praticiens parlent même de « réconciliation » avec le corps.

3.2.4. L'abord de la sexualité

Plusieurs praticiens ont évoqué le fait que les séances de rééducation sont l'occasion d'aborder la sexualité : « retrouver sa sexualité », « aborder certains tabous sexuels » « aborder la sexualité et la notion de plaisir ».

Les dyspareunies, douleurs lors des rapports sexuels, peuvent être fréquentes en post-partum, dues notamment à des lésions mais également peut-être à une appréhension voire une crispation de la femme à la reprise des rapports sexuels. L'épisiotomie et la cicatrisation de celle-ci peuvent en être la cause. La cicatrisation se fait en général en trois semaines mais la qualité de cicatrisation varie d'une femme à l'autre et la trophicité des tissus cicatriciels étant différente, des douleurs à la cicatrice peuvent apparaître. De même il est important de souligner que l'épisiotomie sectionne en partie les muscles releveurs de l'anus qui participent au plaisir féminin.

La rééducation périnéale pourrait alors être l'occasion d'exprimer pour la patiente ses craintes, ses douleurs, ses différents ressentis. C'est également parfois un des moments dans sa vie de femme où elle pourra aborder plus facilement les questions

de la sexualité ou de la réappropriation de son corps voire même le découvrir tout simplement ; lui permettant « d'évoluer dans son intimité et son estime ». Comme l'ont précisé certaines sages-femmes, « c'est un moment privilégié ». La dyspareunie peut être parfois le symptôme prétexte permettant d'aborder d'autres questions. Il n'est pas rare d'ailleurs que ce soit lors de ces séances que la patiente se confie sur sa sexualité présente et/ou passée, évoque même des traumatismes possiblement subis et qui auraient pu affecter sa sexualité ou réveiller, par son accouchement, des souffrances subies. Ces séances semblent être alors, bien plus qu'une rééducation, comme un moment d'échange, un temps d'écoute pour des femmes « qui peuvent parfois se sentir seules après l'accouchement »

3.2.5. Questionnements

Apprentissage des exercices ?

Concernant la présence d'un prolapsus ou béance, les nouvelles recommandations semblent préconiser que de simples conseils de contractions suffisent. Mais comment s'assurer de la bonne pratique de ces exercices ? On pourrait envisager le fait qu'à la visite post-natale ou bien en une séance de rééducation, le praticien explique à la patiente les exercices à pratiquer seule ensuite. Mais qu'en est-il des patientes qui ne comprennent pas l'exercice, ni même ne savent pas où se trouve le périnée ?

Des conseils en remplacement des séances de rééducation périnéale ?

Dans notre enquête, si aucune prescription n'est faite, des conseils/ informations sont donnés : pratiquer l'auto-rééducation, le verrouillage à l'effort, expliquer le rôle du périnée, éviter l'hyperpression, pratiquer la fausse inspiration, consulter si des troubles apparaissent, prévenir la constipation, uriner fréquemment.

Autant de conseils et d'informations, prodigués certainement de façon non homogène et sans doute vite oubliés par la patiente qui se trouve en post-partum. Il serait peut-être intéressant et utile de répéter ces informations afin qu'elles soient bien intégrées par la patiente. Il serait également utile d'insister sur le fait que la rééducation périnéale pratiquée chez un thérapeute a une action à court terme et qu'il est nécessaire tout au long de la vie d'appliquer les conseils prodigués afin de pouvoir observer peut-être des

bénéfices sur le long terme. La consultation gynécologique annuelle de routine est aussi l'occasion de faire un rappel de ces conseils à la patiente (bien que toutes ne consultent pas chaque année).

3.2.6. D'autres points à améliorer

Les différentes méthodes

La rééducation périnéale depuis son arrivée en France s'est vue proposer de nombreuses méthodes.

Certains des professionnels interrogés considèrent par exemple le biofeedback (plus ou moins associé à de l'électrostimulation) comme inutile et d'autres le pensent essentiel pour voir des améliorations.

On retrouve également la CMP (connaissance et maîtrise du périnée) là aussi plébiscitée par certains et critiquée par d'autres, l'eutonnie, la technique de « la bûche » etc.

Il serait intéressant d'évaluer toutes ces méthodes en terme d'efficacité et de facilité d'exécution par les femmes en autonomie. La multiplicité des méthodes apporte en effet peu de crédibilité à la rééducation périnéale en en faisant un instrument d'expérimentation et de conviction propre à chaque professionnel.

Il semble en effet important, que la femme s'approprie sa rééducation et puisse trouver en la méthode proposée un intérêt et une facilité de reproductibilité dans son quotidien afin de poursuivre le travail réalisé, en auto-rééducation. On peut d'ailleurs s'interroger sur le fait que la patiente choisisse peut-être le professionnel en fonction de la technique utilisée en rééducation. Une méthode non appréciée par la patiente pourrait la conduire à arrêter prématurément ses séances de rééducation. Il serait sans doute davantage efficace, à long terme, d'établir une méthode de référence que chaque patiente pourrait pratiquer en auto-rééducation chez elle et tout au long de sa vie.

La rééducation périnéale incomprise ?

Enfin, il semble exister une certaine incompréhension de la part des femmes quant à l'intérêt réel de la rééducation périnéale comme ont pu l'exprimer plusieurs praticiens.

En effet, certains observent que les exercices ne sont pas refaits en auto-entretien, que la rééducation n'est pas continuée au long cours.

« Les femmes s'étonnent de voir l'apparition de problèmes vers 40-50 ans quand elles ont fait leurs 10 séances après leur accouchement ».

Il semble y avoir une certaine contradiction entre les propos et la pratique. D'une part, les professionnels continuent la prescription de façon le plus souvent systématique dans l'intérêt de la patiente afin qu'elle puisse se réapproprier son corps et qu'elle puisse retrouver un périnée tonique. D'autre part, on trouve du côté des patientes une incompréhension de l'intérêt de la rééducation puisqu'elles ne la continuent pas au-delà des séances avec le praticien. Il semble alors logique qu'une rééducation pour un symptôme réalisé à 3 mois du post-partum, n'apporte plus de bénéfice à long terme puisque qu'elle n'a pas été poursuivie au long cours en auto-entretien.

Il serait très intéressant d'étudier le point de vue des patientes sur cette rééducation. Nous pourrions évaluer leur compréhension du rôle du périnée, leur perception de l'intérêt de la rééducation, leur vécu de celle-ci et les bénéfices qu'elles ont pu en tirer.

3.3. Propositions

3.3.1. Avis sur les recommandations

Dans cette étude, les praticiens sont interrogés sans que les recommandations du CNGOF ne soient citées afin de ne pas influencer leurs réponses.

Il serait sans doute intéressant de recueillir de façon plus précise leur avis concernant les recommandations et s'ils sont dans la dynamique d'adapter peu à peu leur pratique afin d'être en adéquation avec celles-ci.

3.3.2. Etude à long terme

Le Dr X.Fritel dans son essai « pour ou contre la rééducation périnéale » (31) expose plusieurs difficultés à réaliser une étude fiable sur l'efficacité de la rééducation périnéale. En effet, le faible niveau de preuve des recommandations (grade C) et les mentions « accords d'experts » tendent vraisemblablement à laisser le praticien perplexe et seul juge de la nécessité ou non de séances de rééducation pour ses patientes. Et sans essai randomisé sur la rééducation périnéale systématique en post-partum, il semble difficile d'établir une réponse définitive et consensuelle.

Les difficultés de réalisation d'un tel essai sont les suivants :

- Recrutement difficile d'un groupe témoin
- La randomisation dans le groupe placebo pour les patientes symptomatiques semble difficilement acceptable
- Tester l'effet préventif de la rééducation et donc sélectionner une population indemne (population à faible risque d'incontinence) suppose d'inclure une très large population.

Conclusion

L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer le respect, par les professionnels libéraux et les professionnels des maternités, des nouvelles recommandations du CNGOF en les interrogeant notamment sur les modalités de prescription des séances de rééducations périnéales.

Cette enquête révèle que les praticiens libéraux continuent de prescrire en majorité de façon systématique et ne semblent pas s'être encore tout à fait emparé des nouvelles recommandations.

En ce qui concerne les maternités, il semble difficile de conclure. Malgré tout, pour une partie des maternités qui ont répondu à l'enquête, on peut observer que les recommandations sont respectées et qu'aucune prescription (ou bien rarement) n'est faite en sortie de maternité. Il persiste cependant des disparités de pratiques.

Interroger les professionnels sur les modalités de prescription a permis de mettre en évidence que certains éléments de l'anamnèse, facteurs de risque de lésions périnéales, les amènent à prescrire des séances de rééducation même en l'absence de symptômes (selon les critères du CNGOF, c'est-à-dire absence d'incontinence notamment).

De plus, un certain nombre de conseils/informations fournis à la patiente sont mis en lumière et il semble essentiel que chaque patiente puisse en disposer et se les approprier.

D'autres points sont soulevés à travers ce questionnaire qui permettent de percevoir que la rééducation périnéale semble répondre à un besoin qui va au-delà du traitement d'un symptôme précis.

Il serait utile, d'effectuer auprès des femmes dans le post-partum, une enquête portant sur leurs besoins spécifiques. Effectivement, la grossesse et son vécu autour de ce bouleversement physiologique peuvent troubler la relation corps-esprit de la patiente. Les professionnels ayant répondu à l'enquête semblent soulever que les séances permettent de traiter un symptôme mais aussi d'aborder la sexualité, de permettre la

réappropriation de son corps, etc. Quelques questions pourraient être posées aux patientes :

- Qu'attendent-elles de la sage-femme en post-partum les concernant ?
- Que leur permettent et/ou que leur apportent les séances de rééducation périnéale ?
- De quels moyens auraient-elles besoin pour que le bénéfice de la rééducation persiste dans le temps ?
- Quelles sont les difficultés ressenties en post-partum ? :
 - Sexualité : modification du désir, des relations, du corps, redécouverte de la sexualité après la maternité
 - Estime de soi : doute sur ses compétences pour élever une enfant, doute sur ses capacités de séduction
 - Modification du corps : modification de l'esthétique, perception des limites du corps avec un périnée fragilisé, influence sur la pratique sportive
 - Changement de statut : de femme à mère
 - Modification de la dynamique familiale : de couple à famille.

Sans doute, de nouvelles études, feront encore évoluer ces recommandations et amèneront les professionnels à adapter leur pratique. C'est là tout l'intérêt des études et recherches menées, se rapprocher au plus de l'efficience et offrir aux patients une prise en charge optimale.

Bibliographie

1. Observatoire national démographique des professions de santé. Les sages-femmes, une profession en mutation. 2016 mai p. 109-28.
2. Observatoire national démographique des professions de santé. Analyse de trois professions sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale; 2004, tome 3, 43 p.
3. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. Am J Obstet Gynecol. 1948;56(2):238-48.
4. Kegel AH, Powell TO. The Physiologic Treatment of Urinary Stress incontinence. J Urol. ; 1949; 63(5):808-13.
5. Kegel AH. A nonsurgical method of increasing the tone of sphincters and their supporting structures; 1948.
6. Bourcier A, Juras J. Les Dialogues du périnée. Odile Jacob; 2016. 183 p.
7. Cappelletti MC. Les métiers du toucher: morale et éthique [en ligne]. http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id170.pdf [consulté le 16 oct 2017]
8. CNGOF. Recommandation pour la pratique clinique : Post-Partum ; 2015 p. 732-3.
9. CNGOF. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique - Recommandations pour la pratique clinique; 2009, p.625-6
10. L'assurance maladie. Mécanismes, fréquence et causes de l'incontinence urinaire; 2018. [en ligne]
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/incontinence-urinaire/mecanismes-frequence-causes> [consulté le 15 oct 2017]
11. CNSF. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. Commission périnée du CNSF; 2014, 42p

12. INPES. La rééducation du post-partum. Mai 2014; Fiche action (18).
13. UVMaF. Dépistage et prévention des troubles périnéaux sphinctériens. 2011, 27p. [en ligne] Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/cours.pdf> [consulté le 17 sept 2017]
14. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. Février 2003;101(2):313-9.
15. Deffieux X. Incontinence urinaire et grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2009;38(8S1):212-31.
16. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. *N Engl J Med*. 6 mars 2003;348(10):900-7.
17. Fritel X. Périnée et grossesse [pelvic floor and pregnancy]. *Gynécologie Obstétrique et fertilité*, Elsevier Masson. 2010;(38):332-46.
18. Fritel X. Césarienne et troubles génito-sexuels du post-partum. *Pelvi-Périnéologie* Springer Verl. 2009;4(3):207-12.
19. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Prog En Urol*. déc 2009;19(13):907-15.
20. Deffieux X. Epidémiologie des prolapsus génitaux, facteurs de risques, prévention, évolution naturelle. 2013. [en ligne] Disponible sur: <http://www.miniseminaires.com/wp-content/uploads/2013/11/Epide%CC%81miologie-Evolution-naturelle-DPC-Prolapsus-2013.pdf> [consulté le 15 oct 2017]
21. Fatton B. Grossesse et accouchement après chirurgie de prolapsus et d'incontinence urinaire. *Corresp En Pelvi-Périnéologie*. 2001;1(3):36-41.
22. Sultan AH, Monga AK, Stanton SL. The pelvic floor sequelae of childbirth. *Br J Hosp Med*. mai 1996;55(9):575-9.

23. Kerbrat V, Flandin. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi périnéale. CNSF; 2014. [en ligne] Disponible sur: http://cnsf.asso.fr/rubrique03/guide_reeducation_pp/files/assets/basic-html/page7.html [consulté le 15 sept 2017]
24. Tonneau, Branger. Le périnée, qu'en savent les femmes ? Rev Sage-Femme. 2005;4(3):109-14.
25. Incontinence et assurance maladie. 2015. [en ligne] Disponible sur: <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/incontinence-assurance-maladie.html> [consulté le 15 oct 2017]
26. Giovanni JD. « We will teach you to make love again ». The Guardian. 26 mars 2009; [en ligne] Disponible sur: <http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2009/mar/26/france-postnatal-care-sexual-health> [consulté le 15 sept 2017]
27. Nendaz. Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies. Revue Médicale Suisse. 2005;30805.
28. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. JAMA. 20 oct 1999;282(15):1458-65.
29. OCDE. Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-systèmes-de-santé-Synthèse.pdf. 2017, 68p. [en ligne] Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-Synth%C3%A8se.pdf> [consulté le 17 oct 2017]
30. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Rééducation dans le cadre du post-parum . Service Recommandations Professionnels; déc, 2002, 78p.
31. Fritel X*. Pour ou contre la rééducation périnéale du post-partum ? Gynécologie Obstétrique Fertil. juill 2008;36(7-8):824-5.

Annexes

Annexe I – Lettre d’information aux gynécologues libéraux	I
Annexe II- E-mail d’information aux sages-femmes libérales	II
Annexe III- Premier e-mail envoyé aux cadres de suites de couches	III
Annexe IV- Second e-mail envoyé aux cadres de suites de couches	IV
Annexe V – Questionnaire transmis aux praticiens libéraux	V
Annexe VI – Questionnaire transmis aux professionnels de suites de couches.....	X
Annexe VII- Grade des recommandations (HAS)	XIII

Annexe I – Lettre d’information aux gynécologues libéraux

Madame, Monsieur,

Actuellement en quatrième année d’étude de sage-femme à Nantes, je réalise un mémoire sur les modalités de prescription de la rééducation périnéale par les praticiens libéraux et par les sages-femmes (ou médecins) en sortie de maternité dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée.

La rééducation périnéo-sphinctérienne est une pratique qui suscite nombreux débats et questionnements quant à son intérêt ou son efficacité dans le post-partum tant les études cliniques et niveaux de preuves de celles-ci sont faibles.

C’est dans ce contexte que, en collaboration avec le Dr Le Normand, chef de pôle du service d’urologie au CHU de Nantes et Catherine Ferrand, sage-femme enseignante, nous avons décidé de réaliser une enquête portant sur les modalités de prescription de rééducation périnéale. L’objectif de cette enquête est de mettre en évidence les facteurs qui influencent la prescription de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne.

Merci de répondre à ce rapide questionnaire que vous pourrez nous renvoyer facilement grâce à l’enveloppe pré-timbrée ci-jointe.

Gwendoline Martineau, étudiante sage-femme.

Annexe II- E-mail d'information aux sages-femmes libérales

Bonjour,

Actuellement en quatrième année d'étude de sage-femme à Nantes, je réalise un mémoire sur la prescription de la rééducation périnéale par les gynécologues et par les sages-femmes dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée.

L'objectif de cette enquête est de mettre en évidence les facteurs qui influencent la prescription de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne.

Afin de mener à bien mes recherches, je vous propose de remplir ce rapide questionnaire (moins de 5 minutes) : **<https://goo.gl/forms/pnQHDSWRr9ntdHzt1>**

Si vous souhaitez avoir plus de renseignements ou les résultats de cette enquête n'hésitez pas à me contacter.

Par avance, merci beaucoup pour votre participation et le temps consacré.

Gwendoline Martineau, étudiante sage-femme.

tél : 06 ...

mail : [gwen\[...\]@gmail.com](mailto:gwen[...]@gmail.com)

Annexe III- Premier e-mail envoyé aux cadres de suites de couches

Bonjour,

Actuellement en quatrième année d'étude de sage-femme à Nantes, je réalise un mémoire sur la prescription de la rééducation périnéale par les gynécologues et par les sages-femmes dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée.

L'objectif de cette enquête est de mettre en évidence les facteurs qui influencent la prescription de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne.

Afin de mener à bien mes recherches, j'aurais besoin de savoir si une prescription de séances de rééducation est faite en sortie de maternité aux patientes. Si tel est le cas, je souhaiterais diffuser un questionnaire auprès des sages-femmes de suites de couches de votre service ainsi qu'aux gynécologues qui réalisent les examens de sortie. S'il n'y a jamais de prescription de séances de rééducation en sortie de maternité merci de me le préciser.

En vous remerciant par avance de votre aide.

Gwendoline Martineau, étudiante sage-femme.

tél : 06 ...

mail : [gwen\[...\]@gmail.com](mailto:gwen[...]@gmail.com)

Annexe IV- Second e-mail envoyé aux cadres de suites de couches

Bonjour,

Actuellement en quatrième année d'étude de sage-femme à Nantes, je réalise un mémoire sur la prescription de la rééducation périnéale par les gynécologues et par les sages-femmes dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée.

L'objectif de cette enquête est de mettre en évidence les facteurs qui influencent la prescription de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne.

Afin de mener à bien mes recherches, je souhaiterais savoir si :

- une prescription de séances de rééducation est donnée en sortie de maternité ou non
- si tel est le cas, si cette prescription est faite de façon systématique.

En vous remerciant par avance de votre aide.

Gwendoline Martineau, étudiante sage-femme.

tél : 06 ...

mail : [gwen\[...\]@gmail.com](mailto:gwen[...]@gmail.com)

Annexe V – Questionnaire transmis aux praticiens libéraux

Modalités de prescription de la rééducation périnéo-sphinctérienne chez les praticiens libéraux

Données épidémiologiques

1. Vous êtes

- ☐ une femme
- ☐ un homme

2. Année d'obtention du diplôme

- ☐ il y a moins de 5 ans
- ☐ il y a 5 à 10 ans
- ☐ il y a 15 à 20 ans
- ☐ il y a plus de 20 ans

3. Vous êtes

- ☐ Sage-femme
- ☐ Gynécologue obstétricien

4. Réalisez-vous des visites post-natales

- ☐ oui
- ☐ non

5. Prescrivez- vous des séances de rééducation périnéale ?

- ☐ oui
- ☐ non

6. Pour les sages-femmes : la réalisation de séances de rééducation périnéale représente :

- ☐ < 20% de votre activité
- ☐ < 30 % de votre activité
- ☐ < 50% de votre activité
- ☐ < 80 % de votre activité
- ☐ > 80% de votre activité

Concernant votre pratique dans le post-partum

7. Prescrivez-vous, selon vous la rééducation périnéo-sphinctérienne dans :

- ☐ Moins de 3 grossesses sur 10
- ☐ Entre 3 et 6 grossesses sur 10
- ☐ Entre 6 et 9 grossesses sur 10
- ☐ Dans tous les accouchements, c'est systématique.

8. Si la prescription est systématique, quelle en est la raison ?

- ☐ Toutes les femmes doivent en bénéficier, c'est nécessaire après tout accouchement
- ☐ Cela permet que la patiente reçoive une information sur ce qu'est le périnée
- ☐ Cela permet de laisser le choix à la patiente de réaliser des séances de rééducation si elle le souhaite
- ☐ Autre raison, précisez :

9. A l'interrogatoire quels sont les éléments qui vous orientent vers la prescription d'une rééducation périnéo-sphinctérienne?

	Pas d'accord	En partie d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'âge	☐	☐	☐	☐
L'IMC	☐	☐	☐	☐
La primiparité	☐	☐	☐	☐
La multiparité	☐	☐	☐	☐
La prise de poids pendant la grossesse	☐	☐	☐	☐
L'extraction instrumentale	☐	☐	☐	☐
La macrosomie	☐	☐	☐	☐
L'épisiotomie	☐	☐	☐	☐

10. A l'interrogatoire quels symptômes vous conduisent à prescrire des séances de rééducation périnéale ?

	Pas D'accord	En partie d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Atcd d'incontinence urinaire pendant la grossesse et/ou après l'accouchement	☐	☐	☐	☐
Atcd d'incontinence anale pendant la grossesse et/ou après l'accouchement	☐	☐	☐	☐
Incontinence urinaire d'effort à la consultation	☐	☐	☐	☐
Incontinence urinaire par impériosité à la consultation	☐	☐	☐	☐
Incontinence anale à la consultation	☐	☐	☐	☐
Dyspareunie	☐	☐	☐	☐
Prolapsus/ Béance	☐	☐	☐	☐

11. A l'examen, réalisez-vous un testing des releveurs de l'anus ?

- ☐ Oui, c'est systématique
- ☐ Ça dépend, en fonction des données de l'interrogatoire
- ☐ Non, jamais l'interrogatoire me suffit
- ☐ Non, je n'en vois pas l'intérêt

12. Si vous réalisez un testing, à partir de quel score une rééducation périnéo-sphinctérienne vous semble-t-elle nécessaire?

- ☐ Score =0
- ☐ Score < 2
- ☐ Score < 3
- ☐ Score < 4
- ☐ Score < 5

13. Si vous décidez de ne pas prescrire de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne, donnez-vous des informations ou des conseils à propos du périnée ? Si oui, lesquels.

Votre avis à propos de la rééducation périnéale

14. la rééducation périnéo-sphinctérienne doit-elle être selon vous systématique pour toutes les femmes après leur accouchement ?

- ☐ Oui pour la primipare
- ☐ Oui pour la multipare
- ☐ Non pour la primipare
- ☐ Non pour la multipare

15. Si vous réalisez et/ou prescrivez des séances de rééducation périnéale, quel est pour vous le nombre minimum de séances à réaliser ?

- ☐ Au moins 1 séances
- ☐ Au minimum 3 séances
- ☐ De 4 à 9 séances
- ☐ Au minimum 10 séances

16. La rééducation périnéo-sphincterienne doit être réalisée selon vous

- ☐ Dans le premier mois du PP
- ☐ Dans les trois premiers mois du PP
- ☐ Après 3 mois du PP
- ☐ Une fois la VPN réalisée
- ☐ Dans l'année qui suit l'accouchement
- ☐ A l'apparition de symptômes

17. Pour vous, quels sont les objectifs de la rééducation périnéale ?

- ☐ Connaitre son corps
- ☐ Réapprivoiser son corps après l'accouchement
- ☐ Retonifier son périnée affaibli par la grossesse
- ☐ Améliorer une incontinence urinaire
- ☐ Améliorer une incontinence anale
- ☐ Améliorer une dyspareunie
- ☐ Améliorer un prolapsus/une béance

18. Avez-vous des remarques concernant la rééducation périnéo-sphincterienne du post-partum ?

Annexe VI – Questionnaire transmis aux professionnels de suites de couches

Modalités de prescription de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans le service de suites de couches

Données épidémiologiques

1. Vous êtes

- ☐ une femme
- ☐ un homme

2. Année d'obtention du diplôme

- ☐ il y a moins de 5 ans
- ☐ il y a 5 à 10 ans
- ☐ il y a 15 à 20 ans
- ☐ il y a plus de 20 ans

3. Vous exercez dans une maternité :

- ☐ type 1
- ☐ type 2
- ☐ type 3

Concernant votre pratique

4. Dans le service de suites de couches, la prescription de séances de rééducation périnéale à la sortie de la maternité est :

- ☐ systématique
- ☐ à l'appréciation de la sage-femme qui s'occupe de la sortie de la patiente
- ☐ à l'appréciation du médecin qui s'occupe de la sortie de la patiente
- ☐ en fonction de la clinique

5. Si vous avez répondu en fonction de la clinique à la question précédente, la prescription est réalisée en fonction de :

	Pas d'accord	En partie d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'âge	☐	☐	☐	☐
L'IMC	☐	☐	☐	☐
La primiparité	☐	☐	☐	☐
La multiparité	☐	☐	☐	☐
La prise de poids pendant la grossesse	☐	☐	☐	☐
L'extraction instrumentale	☐	☐	☐	☐
La macrosomie	☐	☐	☐	☐
L'épisiotomie	☐	☐	☐	☐
La présence d'une IU ou IA pendant la G	☐	☐	☐	☐
La présence d'un prolapsus ou d'une béance	☐	☐	☐	☐
La présence d'une IU ou IA à la sortie	☐	☐	☐	☐

6. Un testing est-il réalisé au moment de la sortie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Si oui, influence-t-il votre prescription

- ☐ oui
- ☐ non

8. Quels conseils/informations donnez-vous à toutes les patientes concernant le périnée et/ou la rééducation périnéale ?

9. Si une patiente présente une incontinence urinaire et/ou anale lui donnez-vous des informations / recommandations particulières ? Si oui, lesquelles ?

10. la rééducation périnéo-sphincterienne doit-elle être selon vous systématique pour toutes les femmes après leur accouchement ?

- ☐ Oui pour la primipare
- ☐ Oui pour la multipare
- ☐ Non pour la primipare
- ☐ Non pour la multipare

11. La rééducation périnéo-sphincterienne doit être réalisée selon vous :

- ☐ Dans le premier mois du PP
- ☐ Dans les trois premiers mois du PP
- ☐ Après 3 mois du PP
- ☐ Une fois la VPN réalisée
- ☐ Dans l'année qui suit l'accouchement
- ☐ A l'apparition de symptômes

Annexe VII- Grade des recommandations (HAS)

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Résumé

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

L'objectif de cette étude est d'évaluer si les professionnels, sages-femmes et gynécologues, ainsi que les maternités, se sont emparés de ces nouvelles recommandations.

Les maternités de Loire-Atlantique et Vendée ainsi que les sages-femmes et gynécologues de ces départements ont été contactés afin de les interroger sur leur façon de prescrire la rééducation périnéale dans le post-partum.

Les pratiques des maternités semblent encore disparates. Malgré tout, pour certaines d'entre-elles, les recommandations sont appliquées.

Les professionnels libéraux (70% des sages-femmes et 40% des gynécologues) prescrivent encore majoritairement des séances de rééducations périnéales systématiquement. 43% des gynécologues interrogés estiment que s'il y a indication d'une rééducation périnéale, il faut faire pratiquer à la patiente dix séances au minimum.

Différents éléments ont pu être soulevés, notamment que la rééducation périnéale permet, au-delà du traitement d'un symptôme, d'aborder d'autres points qui semblent essentiels pour certains professionnels tels que la sexualité, l'estime de soi ou encore la réappropriation de son corps après la grossesse et l'accouchement.

Mots-clés : *rééducation périnéale, prescription, recommandations, incontinence, prolapsus, dyspareunie, post-partum.*