



**HAL**  
open science

# La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes-Isère

Samantha Foerster

► **To cite this version:**

Samantha Foerster. La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes-Isère. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00854876

**HAL Id: dumas-00854876**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00854876v1>**

Submitted on 28 Aug 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENoble  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE**

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**LA REEDUCATION PERINEALE DU POST-PARTUM : ETAT DES LIEUX AU SEIN  
DU RESEAU PERINATAL ALPES-ISERE**

Mémoire soutenu le 17 Mai 2013

Par FOERSTER Samantha

Née le 10 mai 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2013

## REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

**Madame le Pr Pascale HOFFMANN**, PU-PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Présidente du Jury ;

**Madame le Dr Anne Laure COUSTANS**, Assistante chef de clinique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, médecin invité ;

**Madame Chantal SEGUIN**, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble;

**Madame Sophie JOURDAN**, Sage-femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Guidante du mémoire ;

**Madame Anne DECHAUD**, Sage-femme au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble ; Sage-femme invitée.

Je remercie plus particulièrement,

**Mme Jocelyne LEFEBVRE**, Sage-femme libérale à Voiron, Directrice de ce mémoire,  
*Pour m'avoir accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire, pour ses conseils et son soutien ;*

**Mme Sophie JOURDAN**, Sage-femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire,  
*Pour ses conseils, sa disponibilité et son aide tout au long de ce travail;*

**Mme Christine CRONIE**, Sage-femme libérale à Saint Martin D'Hères,  
*Pour son aide à l'élaboration du questionnaire ;*

**Mme Laurence COMBET-BLANC**, Sage-femme Enseignante à l' l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, responsable de notre promotion,  
*Pour son soutien, sa disponibilité et l'attention portée à ses étudiants durant ces trois dernières années d'études ;*

**L'ensemble des Sages-femmes libérales ayant répondu au questionnaire,**  
*Pour leur participation.*

Je remercie aussi,

**Ma famille, mes amis,**

*Pour leur soutien, leur patience et leurs encouragements tout au long de ces années d'études ;*

**Corentin,**

*Pour son soutien et sa patience ;*

**Vincent et Fabien,**

*Pour leur aide à l'élaboration du questionnaire en ligne ;*

**Mes collègues de promotion,**

*Pour leur soutien durant ces quatre années, pour tous ces bons moments.*

## TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>4</b>
I.    MATERIEL DE L'ETUDE.....	4
1.    Type d'étude.....	4
2.    Site de l'étude.....	4
3.    Population étudiée.....	4
II.   METHODE DE L'ETUDE.....	5
1.    Recueil des données.....	5
2.    Variables recueillies.....	5
1.    Caractéristiques de la population.....	6
2.    Caractéristiques de la pratique de la rééducation du post-partum.....	7
3.    Qualité de prise en charge en rééducation du post-partum.....	7
III.  ANALYSE STATISTIQUE.....	7
<b>RESULTATS</b> .....	<b>8</b>
I.    DIAGRAMME D'INCLUSION.....	8
II.   CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	9
1.    Caractéristiques générales de la population.....	9
2.    Formations en rééducation périnéale du post-partum.....	9
III.  ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE LA REEDUCATION DU POST-PARTUM.....	11
1.    Caractéristiques d'une séance de RPP.....	11
2.    Techniques de RPP.....	13
3.    Caractéristiques influençant la ou les méthode(s) utilisée(s).....	14
IV.   QUALITE DE LA PRATIQUE DE RPP.....	15
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>17</b>
I    LIMITES DE L'ETUDE.....	17
II   RESULTATS.....	18
1.    Caractéristiques de la population.....	18
2.    Objectif principal : état des lieux des pratiques de la rééducation du post-partum.....	19
3.    Objectif secondaire : établir un niveau de qualité des pratiques.....	23
III  PROPOSITIONS.....	24

<b>CONCLUSION</b> .....	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>26</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>I</b>
ANNEXE I : TESTING DES RELEVEURS DE L'ANUS PAR MINAIRE, 1994.....	I
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX SAGES-FEMMES LIBERALES .....	II
ANNEXE III : PROTOTYPE D'UNE PLAQUETTE INFORMATIVE .....	V



## ABREVIATIONS

- RPP : Rééducation du Post-Partum
- SFL : Sages-Femmes Libérales
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- HTA : Health Technology Assessment
- BFB : Biofeedback
- CMP : Connaissance & Maîtrise du Périnée
- RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère
- SFL : Sages-Femmes Libérales
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PP : Post-Partum
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

## INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement sollicitent le périnée et sont souvent les causes de troubles fonctionnels, de douleurs et de gênes. En effet, la prévalence de l'incontinence urinaire (10 à 58,4 %), de l'incontinence anale (5 à 40 %) et des troubles de la vie sexuelle s'accroît dans le post-partum [1-2]. Il s'agit là d'un réel problème en santé publique.

Pour pallier à cela et conformément à l'article R.4127-318 du Code de la Santé Publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer « la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement » [3].

La rééducation du post-partum (RPP) constitue une des activités les plus pratiquées par les sages-femmes libérales (SFL) puisque réalisée par 61,8% d'entre elles [4]. Elle permet de renforcer le tonus musculaire, d'atténuer les douleurs périnéales et de diminuer la fréquence de l'incontinence urinaire à court terme [2-5]. Le terme « rééduquer » prend ici tout son sens puisqu'il s'agit d'éduquer à nouveau la patiente, en lui proposant des mécanismes d'auto correction et des exercices facilement réalisables quotidiennement, l'objectif ultime étant d'intégrer le verrouillage périnéal lors des efforts. Le rôle de la sage-femme est primordial pendant les séances : sa présence, ses explications et conseils font partie intégrante de la réussite rééducative car ils permettent de faire émerger compréhension et motivation chez la patiente.

Dans un souci d'amélioration, les articles L.4153-1 et L.4153-2 du Code de la Santé Publique [6] prévoient l'obligation du développement professionnel continu, la sage-femme a donc l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances et ses compétences dans ce domaine.

De nombreuses méthodes de rééducation ont été décrites dans les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [2-7] et de Leriche et Conquy [8], sept d'entre-elles sont détaillées. Le travail manuel, méthode la plus ancienne, permet au thérapeute en intra-vaginal, de solliciter les muscles releveurs de l'anus afin d'en provoquer la contraction volontaire. En complément viennent souvent les exercices du plancher pelvien, permettant le verrouillage périnéal à l'effort. Les méthodes avec sonde intra-vaginale sont : le biofeedback (BFB), aidant à la prise de conscience du périnée par un rétrocontrôle visuel et sonore et l'électrostimulation. Deux méthodes comportementales ont émergé : d'abord

l'eutonnie qui, par la verbalisation des sensations, permet à la patiente l'intégration de schémas psychomoteurs. Ensuite la Connaissance & Maîtrise du Périnée (CMP), permet au travers d'images, de tonifier les muscles et remplacer les poussées ressenties par des « remontées ». Enfin, les cônes vaginaux lestés permettent l'occlusion vaginale par la mise en tension des récepteurs musculaires proprioceptifs du nerf pudendal.

A ce jour, aucune étude n'a prouvé la supériorité en terme d'efficacité d'une méthode rééducative par rapport à une autre, il n'existe pas non plus de consensus concernant la RPP [3-2].

Toutefois, des recommandations existent et définissent un cadre de prise en charge des patientes nécessitant une rééducation. Celles de l'ANAES en 2002 [2] et de la Health Technology Assessment (HTA) [10] en 2010, incitent à utiliser plusieurs méthodes en synergie et de manière globale c'est à dire associer une prise en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale [3-7-10-11]. Elles définissent aussi les axes généraux de la rééducation post-natale. Il est dit qu'avant tout exercice rééducatif, la sage-femme doit débiter par un interrogatoire et un examen clinique approfondis, objectivés par le testing, évaluation manuelle du verrouillage périnéal. Selon d'autres études : la RPP ne devrait commencer qu'après la consultation post-natale soit après 6 à 8 semaines de post-partum [12-13]. Elle n'est pas systématique et sa prescription découle des symptômes observés cliniquement ou cités par la patiente. Dix à 20 séances peuvent être prescrites et au besoin la sage-femme réoriente sa patiente si elle l'estime nécessaire.

Offrir la meilleure prise en charge aux patientes et améliorer les pratiques, tels sont les principaux objectifs recherchés par les acteurs de la santé. La rééducation du post-partum se doit d'être pratiquée dans les meilleures conditions puisqu'elle est le fondement de la qualité de vie de la femme; c'est pourquoi il nous semble important de connaître les pratiques des sages-femmes dans le réseau et d'en détacher des éléments à améliorer.

Nous nous sommes posé la question de savoir comment améliorer la prise en charge des patientes.

L'objectif principal de notre étude était d'établir un état des lieux des pratiques des sages-femmes libérales dans le réseau RPAI. L'objectif secondaire était de déterminer la qualité de la prise en charge de la rééducation du post-partum en regard des différents éléments issus des recommandations.

## MATERIEL ET METHODE

### **I. Matériel de l'étude**

#### **1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une enquête observationnelle déclarative de type transversale par questionnaire auto-administré auprès des sages-femmes libérales (SFL) du réseau RPAI, sur une période de deux mois, du 4 Octobre au 4 Décembre 2012.

#### **2. Site de l'étude**

L'étude a été menée auprès des sages-femmes libérales du réseau RPAI. Ce réseau s'étend sur Grenoble, Voiron, et leurs environs et regroupe l'ensemble des professionnels de santé de la périnatalité.

#### **3. Population étudiée**

Ont été éligibles toutes les sages-femmes libérales diplômées d'Etat :

- inscrites au tableau du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes ;
- inscrites au réseau RPAI ;
- plus précisément au réseau Sages-Femmes Isère Réseau (SaFIR) ;

Ont été exclues :

- la sage-femme directrice de ce mémoire ;
- une sage-femme libérale sollicitée pour tester le questionnaire ;
- les sages-femmes échographistes ;
- les sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- les sages-femmes libérales sollicitées mais ne pratiquant pas la rééducation du post-partum.

## **II. Méthode de l'étude**

### **1. Recueil des données**

Les coordonnées des sages-femmes libérales ont été obtenues sur listing du réseau RPAI. Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme en ligne [Annexe II], un mail de présentation a été envoyé au préalable. Toutes les sages-femmes libérales ont été sollicitées trois fois par mail sauf celles ayant été expressément déclaré avoir déjà répondu.

Le questionnaire s'est composé de 18 questions, pour la majorité fermées, de type binaire et 3 questions ouvertes. Cinq questions ont proposé des réponses semi-ouvertes dans lesquelles les sages-femmes avaient la possibilité d'expliquer leurs choix ou de proposer leurs éléments de réponse. Ces questions ont concerné les techniques employées, les choix motivant leur(s) méthode(s), leur opinion face à la nécessité des dix séances, les raisons de pratiquer une rééducation en groupe et les types de formation en rééducation.

Le questionnaire a été testé auprès d'une sage-femme libérale inscrite au réseau RPAI, ce qui a permis d'améliorer de nombreuses questions afin de ne pas induire les réponses et d'estimer la durée moyenne de réponse au questionnaire de cinq à dix minutes. La confidentialité a été respectée grâce à l'effacement du fichier contenant les adresses mails et identités des sages-femmes incluses à l'issue de l'étude.

Nous avons demandé aux sages-femmes de se référer à leur expérience au cours de leur dernière année de pratique et concernant les patientes ayant terminé leurs séances de rééducation.

### **2. Variables recueillies**

#### ***1. Caractéristiques de la population***

Nous avons recueilli :

- L'année d'obtention du diplôme d'Etat (variable quantitative continue) ;
- L'ancienneté dans la profession (variable quantitative continue) ;

- L'ancienneté en libéral (variable quantitative continue) ;
- La proportion du temps de travail consacrée à la RPP (variable qualitative divisée en trois catégories : moins de 25 %, entre 25 et 50 % et plus de 50 %) ;
- La participation aux formations effectuées dans le cadre de la formation médicale continue (variable qualitative dichotomique) ;
- Le type de formations : périnéologie et/ou technique particulière (variables qualitatives dichotomiques) ; et le nom de ces formations ;
- La période de formation : avant l'installation et/ou depuis l'installation en libéral (variable qualitative dichotomique) ;

## ***2. Caractéristiques de la pratique de la rééducation du post-partum***

Nous avons recueilli :

- Les méthodes utilisées : manuelle, exercices du plancher pelvien, biofeedback, électrostimulation, CMP, eutonnie, cônes vaginaux, autre (variables qualitatives). Nous avons cherché à mettre en évidence les principales méthodes proposées par les SFL et le rang qu'elles leurs attribuaient. Le premier rang correspondait à l'utilisation la plus fréquente, le dernier rang étant la méthode la moins souvent utilisée;
- Les variables influant leur décision concernant la ou les technique(s) employées : résultat du testing des releveurs, facteurs liés à la patiente (parité, voie d'accouchement, symptômes tels que l'incontinence urinaire ou anale ou la présence de dyspareunies), facteurs liés à la pratique même de la sage-femme (connaissance approfondie d'une technique, préférence pour une technique particulière), méthode demandée par la patiente, autre (variables qualitatives);
- Les caractéristiques d'une séance de rééducation post-natale :
  - o Testing périnéal au début des séances ;
  - o Début des séances après la huitième semaine de post-partum (PP) ;
  - o Utilisation de plusieurs méthodes au cours des séances ;
  - o Présence de la sage-femme tout au long de la séance, dite présence active.
  - o Utilisation du testing en milieu et en fin de parcours ;
  - o Pratique en groupe ou en individuel et il a été demandé aux SFL les raisons de leur choix ;

- Thème de la RPP abordé lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et temps consacré à ce thème pendant les cours ;
- Intégration d'exercices de rééducation dès la première séance de rééducation ;
- Proposition d'auto-évaluation ou d'auto-examen par la patiente : sous entendu de pratiquer elles-mêmes un testing ou de donner une « note » à leurs sensations ;
- Rééducation pratiquée par une sage-femme formée à la rééducation post-natale et il a été demandé aux SFL les raisons pour lesquelles elles ne se formaient pas (manque de temps, éloignement géographique, coût, autre raison) ;
- Nécessité ou non de réaliser le nombre de séances initialement prescrites et justification.

### **3. Qualité de prise en charge en rééducation du post-partum**

Parmi les caractéristiques de la pratique de la RPP, quatre éléments essentiels cités dans les recommandations de l' ANAES en 2002 et dans la HTA Review en 2010 ont retenu notre attention et ont constitué notre critère de jugement de qualité: le testing périnéal au début des séances ; le début des séances après la huitième semaine de PP ; l'utilisation de plusieurs méthodes au cours des séances ; la présence de la sage-femme tout au long de la séance.

Nous avons cherché à déterminer le niveau de qualité de prise en charge en rééducation périnéale du post-partum (variable qualitative ordinale avec quatre valeurs) et par conséquent le taux de pratique optimale de la rééducation périnéale du post-partum. Ces deux modalités ont constitué nos critères de jugement secondaires.

Nous avons préalablement déterminé la qualité de cette pratique comme :

« Pratique optimale » dès lors que les quatre items principaux étaient appliqués,  
 « Pratique de très haute qualité » dès lors qu'au moins trois des quatre items principaux étaient appliqués,  
 « Pratique de haute qualité » dès lors que deux des quatre items principaux étaient appliqués,  
 « Pratique de moyenne qualité » dès lors qu'un des quatre items principaux étaient appliqués.

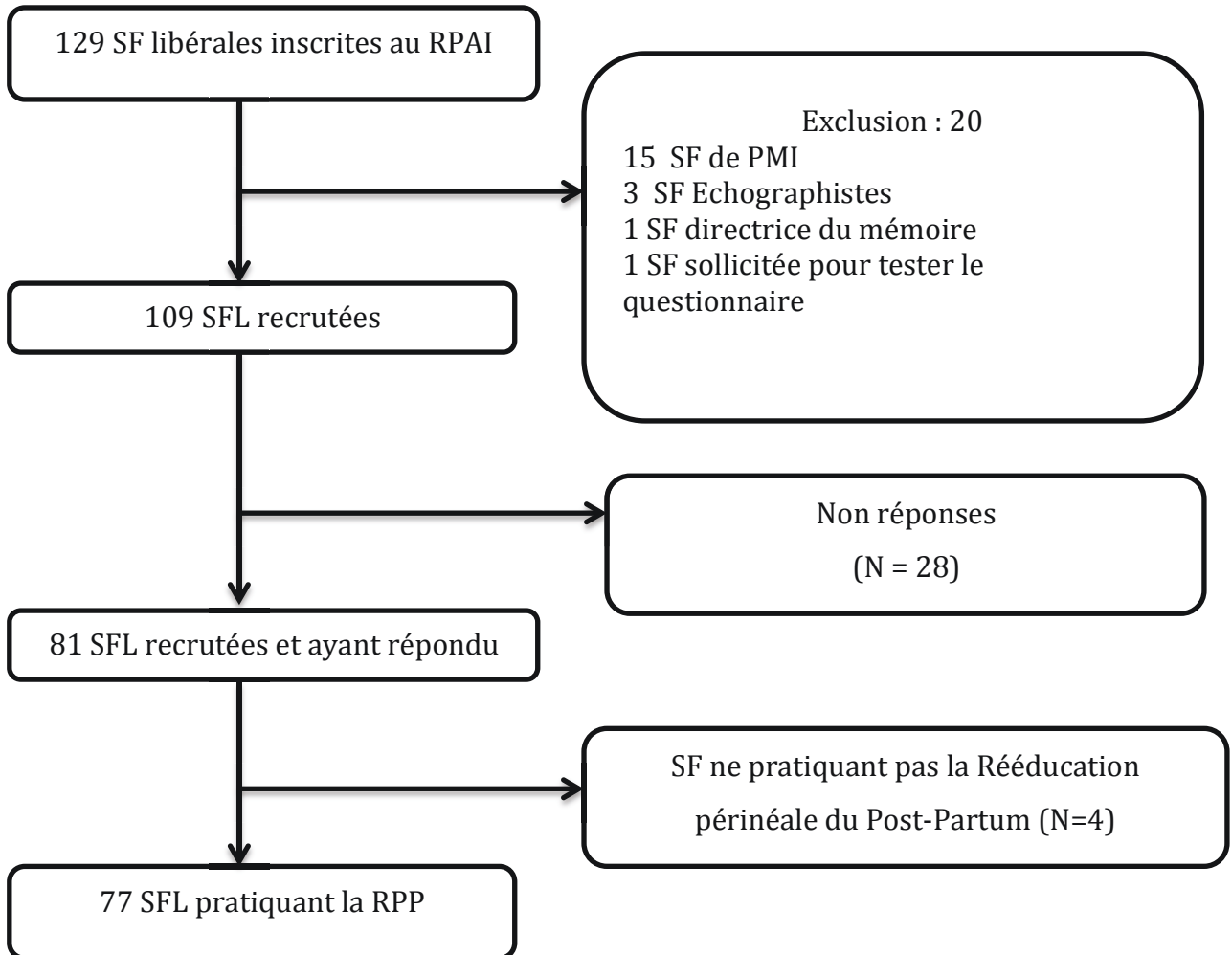
### **III. Analyse statistique**

Les données ont été inscrites puis analysées à l'aide du logiciel statistique Statview.  
 Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif  $n$  et la proportion %.  
 Les variables quantitatives ont été décrites par la médiane et l'espace interquartile.

## RESULTATS

### I. Diagramme d'inclusion

Figure 1 : *flow chart*



Sur un effectif de 109 questionnaires envoyés, 28 sages-femmes n'ont pas donné réponse (26%), le taux de participation a donc été de 74,3 % (81 sages-femmes).

Quatre sages-femmes ne pratiquaient pas la rééducation du post-partum et au final, 77 questionnaires ont pu être analysés. Le taux de sages-femmes pratiquant la RPP était de 95%.



## II. Caractéristiques de la population

### 1. **Caractéristiques générales de la population**

La médiane concernant l'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme était de 1999. La médiane concernant l'ancienneté moyenne dans le métier de sage-femme était de 13 ans. L'ancienneté en secteur libéral était de 7 ans. Une majorité des sages-femmes libérales consacrait 25 à 50 % de leur temps de travail à la RPP (61,1 %) voire même plus de 50% de leur temps de travail pour 22,2% des SFL.

**Tableau I :** *Caractéristiques générales de la population*

N = 77	n (%)
Année d'obtention du diplôme d'Etat (médiane- 25è et 75è percentiles) *	1999 (1987-2004)
Ancienneté dans le secteur libéral * (médiane- 25è et 75è percentiles)	7 ans (3-15)
Proportion en temps de travail consacrée à la RPP *	
Moins de 25 %	12 (16,7)
Entre 25 et 50 %	44 (61,1)
Plus de 50 %	16 (22,2)

\* = les données n'étaient pas renseignées pour *n* nombre de questionnaires :

Année d'obtention du diplôme d'Etat (*n*=4) ; ancienneté dans le secteur libéral (*n*= 4) ; proportion en temps de travail consacré à la RPP (*n*=5).

### 2. **Formations en rééducation périnéale du post-partum**

Les sages-femmes libérales pour 12,2% d'entre elles disaient ne jamais avoir participé à des journées de FMC. Parmi celles qui suivaient une FMC, 31 % ont été formées en périnéologie et 64,2% se sont formées à une technique particulière. Etaient citées comme techniques de

périnéologie : la méthode de Luc Guillaume (4 SFL), la formation en sexologie d'Ambroise Paré (2 SFL), la réhabilitation staturo-dynamique (3 SFL).

**Tableau II :** *Caractéristiques de la population concernant la formation en R.P.P.*

N = 77	n (%)
Participation à la formation médicale continue	
FMC*	65 (87,8)
Type de formation(s) effectuée(s)*	
Périnéologie	22 (31)
Technique particulière	43 (64,2)
Période de FMC*	
Avant installation	34 (46,6)
Après installation	50 (68,5)
Uniquement après	36 (49,3)
Avant et après installation	20 (27,4)

\* = les données n'étaient pas renseignées pour *n* nombre de questionnaires :

Participation à la FMC (*n* = 4) ; formation de périnéologie (*n*= 12) ; formation à une technique (*n*= 10).

Nous avons demandé aux SFL qui ne participaient pas à des journées de formation continue les raisons de leur choix. Quatre modalités de réponses étaient offertes : le manque de temps, l'éloignement géographique, le coût de ces journées, autre raison. Aucune sage-femme n'a désiré répondre.

La technique la plus demandée lors de la F.M.C. est la C.M.P. avec 46,8 % des SFL formées. La formation de l'eutonnie est une pratique également demandée puisqu'elle a intéressé 41,6 % des SFL. Les autres techniques, n'intéressant que trois SFL, étaient le yoga post-natal et le shiatsu.

**Tableau III : Formation médicale continue (F.M.C.) : méthodes**

N = 77	n (%)
CMP	36 (46,8%)
Eutonie	32 (41,6%)
Méthode de De Gasquet	26 (33,8%)
B.F.B.	11 (14,3%)
Electrostimulation	9 (11,7%)
Méthode manuelle	6 (7,8%)
Gymnastique hypopressive	5 (6,5%)
Autre	3 (3,9%)

### **III. Etat des lieux des pratiques de la rééducation du post-partum**

#### **1. Caractéristiques d'une séance de RPP**

Dix à 20 séances peuvent être prescrites par le médecin ou la sage-femme lors de l'examen post-natal. Nous avons demandé aux SFL si elles estimaient qu'en général, le nombre de séances prescrites au départ était nécessaire ou pas : 64,5% étaient en accord avec la prescription. Les raisons des SFL n'étant pas d'accord sont :

- Trop court pour « permettre à la patiente de prendre conscience de son périnée, d'apprendre à connaître son corps et à l'appréhender » ;
- Trop court pour « permettre à la patiente de s'accueillir après la naissance, d'assimiler les changements corporels et de décider de travailler sur elle en laissant bébé, en pensant à elle ».
- Trop court pour « assimiler les différentes méthodes, travailler à la maison et recorriger les postures, les possibles inversions de commande ».

**Tableau IV : Caractéristiques d'une séance de RPP**

N = 77	n (%)
Début des séances *	
- Avant 6-8 semaines de P.P.	29 (38,2)
- Entre 6-8 et 16 semaines de P.P.	40 (52,6)
Utilisation du Testing	65 (84,4)
- Au début des séances	46 (59,7)
- En milieu de séances	41 (53,2)
- A la fin des séances	26 (33,8)
Nombre de techniques employées	
- Une	25 (32,5)
- Deux ou plus de deux	52 (67,5)
Présence active de la sage-femme pendant toute la séance de RPP	42 (54,5)
F.M.C.*	65 (87,8)
Intégration d'exercices lors de la 1 <sup>ère</sup> séance *	33 (43,4)
Proposition d'une auto-évaluation ou d'un auto-examen *	31 (41,3)
RPP abordée en cours de PNP *	67 (88,2)
Temps consacré à la RPP pendant les cours de PNP *	20 (10-45)
Nombre de séances prescrites au début estimées nécessaires *	49(64,5%)
RPP en groupe *	16 (21,1)

\* = les données n'étaient pas renseignées pour *n* nombre de questionnaires :

Début des séances (*n*=1) ; participation à la FMC (*n* = 4) ; intégration d'exercices lors du 1<sup>er</sup> Rdv (*n*=1) ; proposition d'auto-examen (*n*=1) ; RPP abordée en cours de PNP (*n*=1) ; Temps consacré à la RPP pendant les cours de PNP (*n*=3) ; Nombre de séances prescrites au début estimées nécessaire (*n*=1) ; RPP en groupe (*n*=1)

Seize SFL proposaient à leurs patientes des séances de RPP en groupe (21,1%). Il leur a été demandé les raisons de ce choix, en voici les principales réponses :

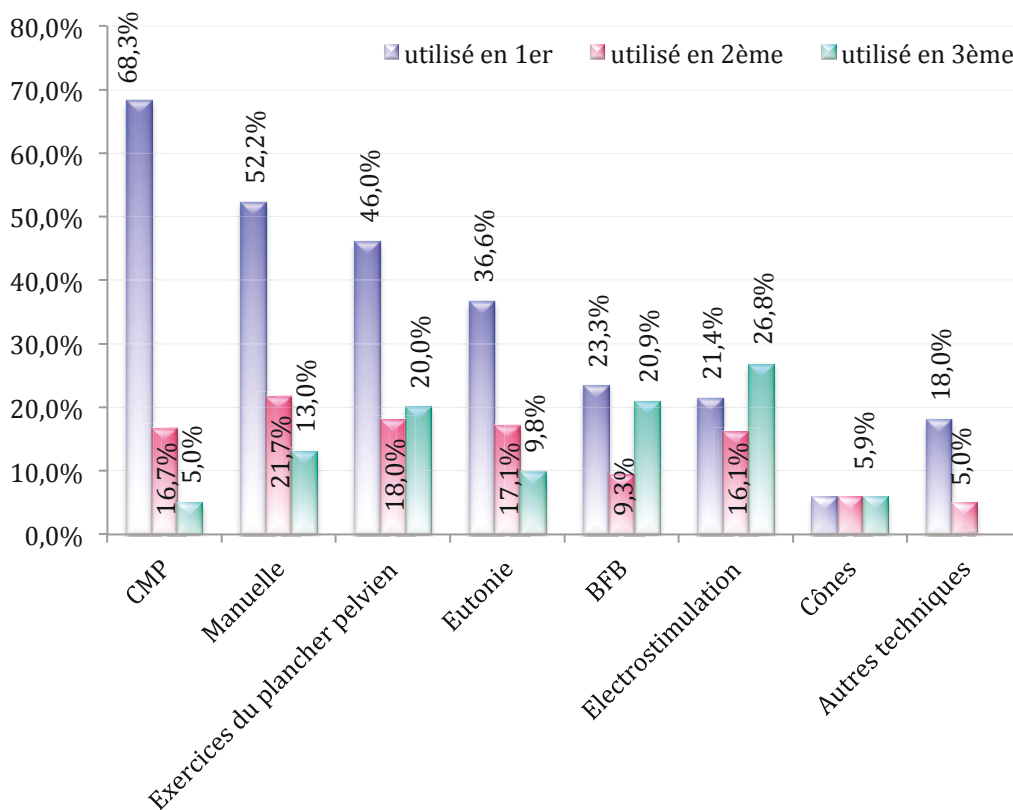
- Echanges entre les femmes : de conseils, de vécu, de sensations (11 SF) ;
- Rompt l'isolement, permet le dialogue (2 SF) ;
- Rentabilité (5 SF), permet des séances plus longues (4 SF).

Cependant, 21 SFL (27,3%) ont mentionné le caractère « *interdit de multiplier les actes* » en groupant les séances de RPP.

## 2. Techniques de RPP.

Nous avons cherché à mettre en évidence quelles techniques étaient utilisées en première, en deuxième et troisième intention.

**Figure 2 : fréquence d'utilisation des sept principales techniques et classement par ordre d'utilisation**



La CMP était la technique la plus utilisée en première intention (68,3%), suivie de la technique classique dite « manuelle » (52,2%) et des exercices du plancher pelvien (46%).

En deuxième intention, la technique manuelle (21,7%) puis les exercices au sol (18%) et l'eutonnie (17,1%) étaient les trois méthodes prédominantes.

En troisième intention, étaient l'électrostimulation (26,8%) et le biofeedback (20,9%) étaient prédominantes.

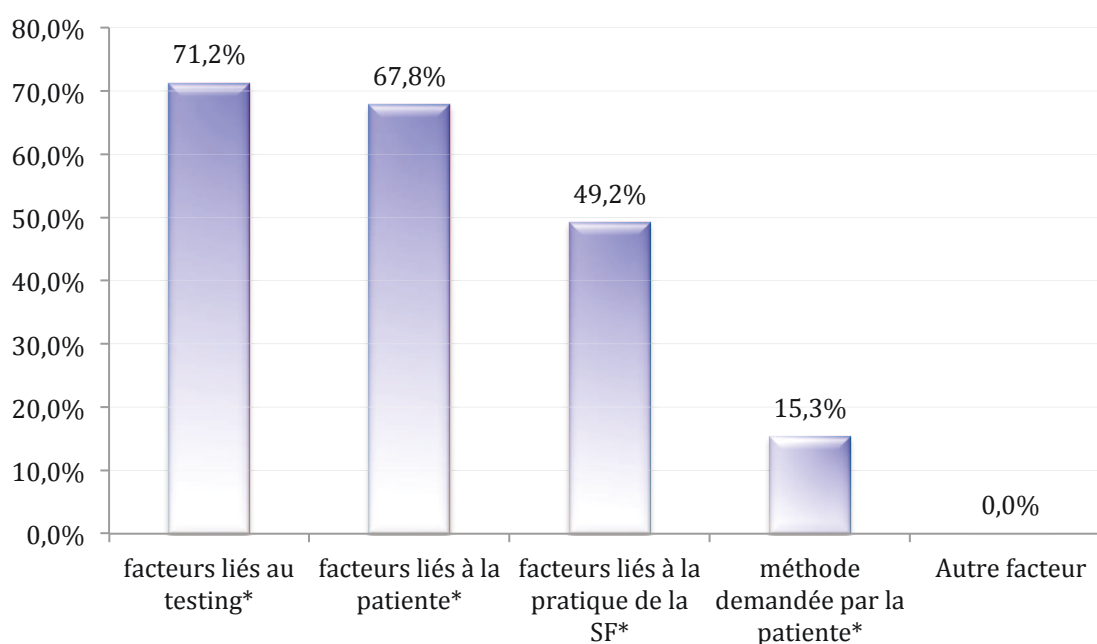
Cinq % des sages-femmes libérales utilisaient les cônes vaginaux.

Par « autre », nous laissons la liberté d'expression aux SFL quant aux autres techniques employées. Ces méthodes étaient : la gymnastique hypopressive abdominale (7 SFL), la méthode de De Gasquet (7 SFL), le yoga post-natal (5 SFL), la réhabilitation staturo-dynamique (1 SFL).

### 3. Caractéristiques influençant la ou les méthode(s) utilisée(s)

Le choix de la ou des techniques proposées était principalement fait en fonction des facteurs liés au résultat du testing (71,2%) puis en fonction des facteurs liés à la patiente (parité, voie d'accouchement, symptomatologie telle que l'incontinence urinaire ou anale ou les dyspareunies) (67,8%).

**Figure 3 :** *fréquence des facteurs influençant les méthodes de RPP.*



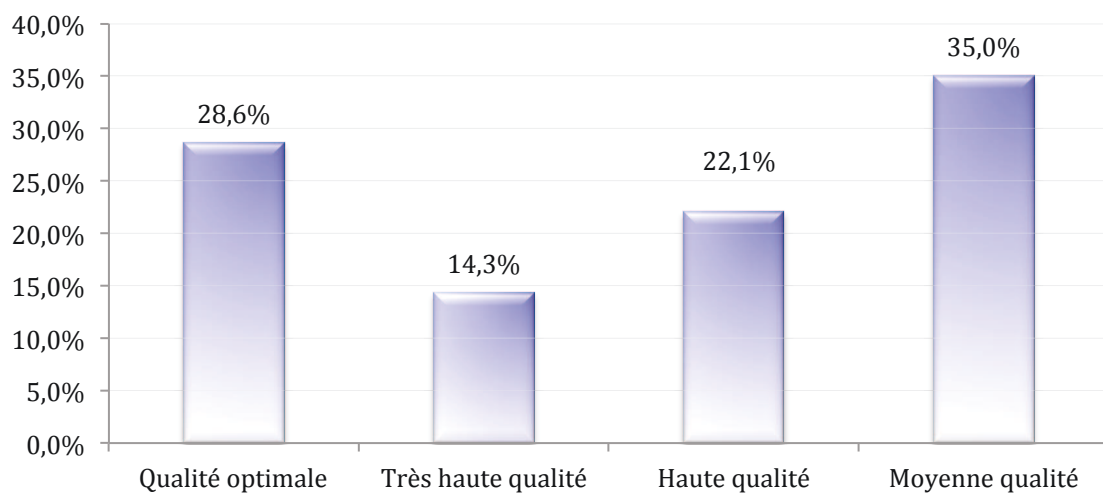
\* = les données n'étaient pas renseignées pour 18 questionnaires.

#### **IV. Qualité de la pratique de RPP.**

Notre critère de jugement secondaire était le taux de pratique optimale de la rééducation périnéale du post-partum. Rappelons que par le terme « optimal », nous entendions que les quatre critères cités précédemment étaient respectés.

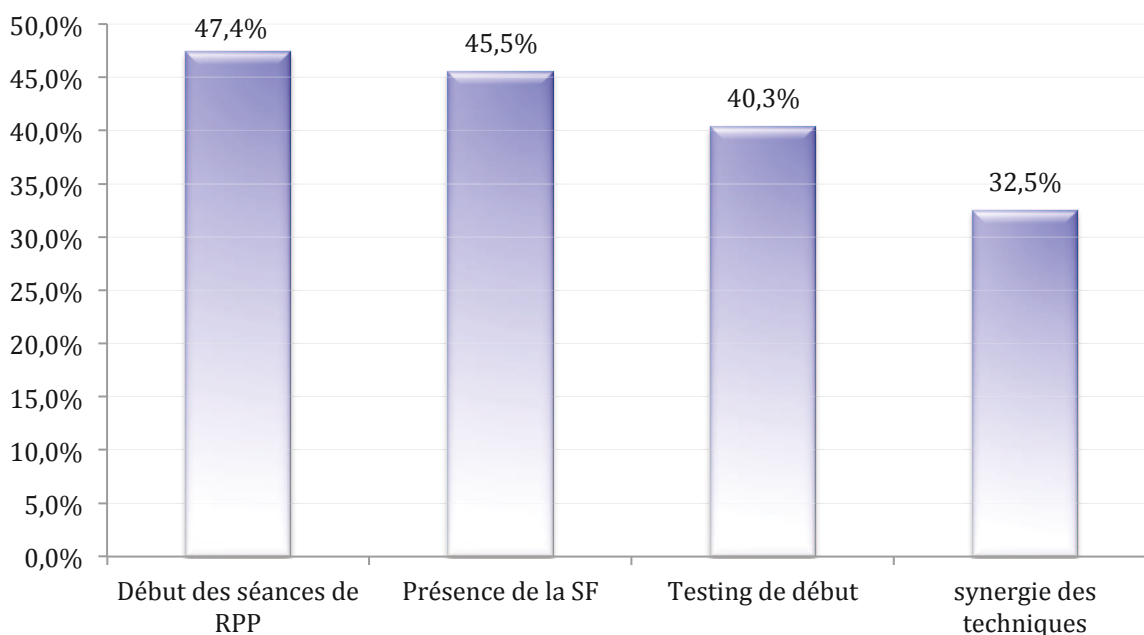
Le taux de pratique optimale de la rééducation périnéale du post-partum était de 28,6%. Le taux le plus élevé était associé à la catégorie « pratique moyenne de la RPP » (35 %).

**Figure 4 :** *qualité de la pratique de la RPP.*



Face à ces valeurs, il nous a semblé pertinent de connaître quels étaient les facteurs associés à une qualité de prise en charge non optimale.

**Figure 5 :** *facteurs associés à une qualité de prise en charge non optimale*



Le facteur associé à une prise en charge non optimale était celui du « début des séances » (47,4%) où les SFL disaient commencer soit avant 8 semaines, soit après 16 semaines de PP.

Le deuxième facteur associé à une prise en charge non optimale était celui de « la présence active de la SFL » (45,5% disaient « travailler deux séances avec deux patientes pendant le même créneau horaire »).

Viennent ensuite le facteur « testing » où 40,3% des SFL disent ne pas employer cet examen lors de la première séance et celui de la « synergie des techniques » où 32,5% des SFL disent n'utiliser qu'une seule méthode lors des séances de RPP.



## DISCUSSION

### **I Limites de l'étude**

La première limite que nous pourrions soulever est la représentativité de l'échantillon. Nous avons essayé d'établir une liste aussi exhaustive des sages-femmes libérales du réseau RPAI que nous pouvions mais il se peut que de nouvelles SFL se soient inscrites au réseau entre le moment de la réception du listing et le moment de la diffusion du questionnaire. De ce fait, notre taux de participation aurait pu être meilleur et l'ensemble de nos résultats aurait pu être encore plus représentatif.

La seconde limite de cette étude est le manque de validité externe du fait de la restriction du lieu d'étude à un seul réseau de périnatalité ; toutefois nous n'avons pas généralisé nos résultats à l'échelle nationale et avons tenu compte de cette limite pour les interpréter. Cette dernière n'a pas d'incidence sur nos résultats.

Nous pouvons dire qu'il y a un biais de sélection de part le recrutement et les non réponses.

En effet, le taux de réponse n'est pas de 100 % mais nous avons tenté de limiter ce biais de non réponse de par l'instauration d'un questionnaire en ligne facile à remplir et à renvoyer sans frais pour la sage-femme libérale et de part les multiples relances.

Nous avons exclu les sages-femmes n'exerçant pas en libéral et n'exerçant que dans le domaine de l'échographie ou de la PMI. Cependant, ce biais de recrutement est limité du fait de la faible implication en matière de rééducation post-natale de ces sages-femmes, il n'a que peu d'impact sur nos résultats.

Enfin, répondre à un questionnaire sur sa pratique implique, de la part de la sage-femme une volonté de réfléchir sur son propre travail. Nous imaginons bien que les sages-femmes ayant répondu sont celles qui pensent avoir une bonne pratique de la rééducation périnéale. Les sages-femmes pour qui la rééducation n'est pas une priorité dans la pratique quotidienne ou qui n'ont pas approfondi ce sujet n'ont sûrement pas eu l'envie ou pris le temps de répondre ; le biais de sélection se retrouve ainsi souligné. En revanche, c'est par le questionnaire anonyme même pour l'enquêteur que ce biais s'atténue, toutes les sages-femmes avisées de cela étaient libres d'être transparentes quant à leur travail ; l'observation sur le terrain n'aurait pas pu atténuer plus ce biais.

Un biais d'information persiste du fait des nombreuses questions fermées et du caractère descriptif et surtout déclaratif de l'étude. Toutefois, il nous était indispensable de donner un cadre au questionnaire en ciblant nos questions de manière à obtenir des réponses en rapport avec les points essentiels de prise en charge cités dans les recommandations. Enquêter selon le mode déclaratif nous a semblé le plus juste, ceci évitant aux sages-femmes de se sentir évaluées, ce qui n'a jamais fait parti de nos objectifs. Enquêter et décrire les pratiques des sages-femmes libérales en observant leur manière de travailler n'aurait pas été réalisable auprès de toutes les sages-femmes du RPAI, l'étude étant trop longue à mettre en œuvre dans les délais impartis. D'une part nous aurions eu un taux de participation moins élevé et d'autre part, nous aurions induit un biais supplémentaire du fait de la subjectivité de l'enquêteur.

Le questionnaire en ligne n'obligeait pas les sages-femmes à répondre à chacune des questions, leur laissant ainsi le choix de s'exprimer. Il existe de ce fait des données manquantes dans certaines des réponses, le risque étant ainsi de surestimer nos résultats, mais par ailleurs, le taux de réponse a toujours été satisfaisant. Cependant, la question (semi-ouverte) concernant les raisons de la non participation aux journées de formation médicale continue n'a fait l'objet d'aucune réponse. Nous pouvons penser que malgré la possibilité donnée aux SFL de s'exprimer, cette question a gêné. Il serait intéressant d'élaborer une seconde étude concernant les formations de rééducation périnéale effectuées par les SFL et leurs avis et attentes quant aux types de formation.

## **II Résultats**

### **1. Caractéristiques de la population**

Le nombre de réponses obtenues a permis d'avoir des résultats significatifs puisque sur 109 sages-femmes libérales recrutées, nous avons obtenu un taux de réponse de 74,3%. Le taux de sages-femmes pratiquant la RPP était de 95%, ce qui en fait une activité très répandue dans le réseau RPAI. En France, l'activité des SFL se concentre essentiellement sur les cours de PNP et sur la RPP [14]. Le Diplôme d'Etat de sage-femme a été obtenu en majorité en 1999 (médiane), nous en déduisons que les sages-femmes ont 13 ans d'ancienneté dans le métier. D'une manière générale, les sages-femmes se sont installées après six ans d'expérience. Ces deux derniers chiffres sont des estimations, les sages-femmes n'ont peut-être pas toujours pratiqué cette profession pendant toutes ces années, mais vont dans le même sens que le rapport de la Cour des

Comptes [14]: les sages-femmes commencent leur carrière en secteur hospitalier avant de s'installer en libéral. Il serait pertinent de savoir réellement les conditions et caractéristiques de l'installation en libéral. Plus de la moitié des SFL consacraient entre 25 et 50% de leur temps de travail à la pratique de la rééducation du post-partum, nos chiffres sont comparables avec ceux de la Cour des Comptes de 2011 (estimations données par la CNAMTS) [14].

La sage-femme est tenue d'actualiser ses connaissances pratiques et théoriques en répondant aux obligations de formation médicale continue [6]. Cette étude a permis de constater que presque neuf sages-femmes sur 10 participaient à des journées de formation médicale continue. La moitié des SFL se sont formées une fois installées en cabinet libéral. L'important investissement financier nécessaire pour l'ouverture d'un cabinet ne leur permet pas toujours de se former auparavant, cela peut être l'une des explications de ce phénomène. Une étude approfondie des attentes et avis des sages-femmes sur les formations proposées serait pertinente. Dans le même sens, le Pr François Haab propose la création d'un réseau national de professionnels ayant notamment pour objectif l'établissement d'une formation initiale solide et la possibilité de se former de façon continue [15].

Dans notre étude, 31% des SFL se sont spécialisées en périnéologie et 64,2% ont approfondi leurs connaissances d'une technique en particulier, ce qui vient enrichir le savoir théorique appris lors du cursus scolaire. En effet, on comprend la volonté de se former pour répondre aux réels besoins et demandes de chaque patiente. Les deux méthodes les plus en vogue dans les formations proposées demeurent la CMP et l'eutonnie. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la CMP est attirante du fait de son origine française et aussi parce qu'elle a été élaborée par une sage-femme ; et que l'eutonnie, méthode intégrant le périnée dans son unité « somato-psychique », est fortement utilisée de nos jours peut-être parce que nous attachons de plus en plus d'importance aux liens et à l'interdépendance esprit-corps.

## **2. Objectif principal : état des lieux des pratiques de la rééducation du post-partum**

### Quand commencer la RPP ?

Plus d'un tiers (38,2%) des SFL ont estimé débiter les séances avant huit semaines de post-partum. L'étude de Chiarelli et al. [13] approuve cette pratique et soutient que le post-partum est la période propice pour commencer des exercices rééducatifs, mais sans détailler

précisément la période. Toutefois, Morkved et Bø [12] pensent que la période la plus pertinente pour débiter la rééducation périnéale se situe entre huit et 16 semaines de post-partum ; 52,6% des SFL dans notre étude ont précisé la débiter dans cette période-ci, moment favorable pour augmenter la tonicité périnéale [12]. Dans le même sens, les études de Meyer et al. et de Deffieux [16-17] en 2001 montrent que la rééducation débutée dans les deux mois de post-partum a un effet positif sur l'incontinence urinaire. Il serait judicieux de ré-insister sur la période propice au début de prise en charge auprès des sages-femmes libérales, mais aussi au sein des maternités afin d'éveiller auprès des patientes l'importance de cette rééducation dès le post-partum immédiat.

Faut-il intégrer des exercices de rééducation lors de la première séance ? C'est la question qui a été posée aux SFL et moins de la moitié répondaient par l'affirmatif. L'une des explications de ce résultat peut être la volonté des sages-femmes de prendre le temps de connaître leur patiente, d'approfondir l'interrogatoire, parfois au dépend des premiers exercices. Aucune étude ne s'est prononcée sur le sujet et finalement, il serait intéressant de recueillir l'avis des patientes sur le vécu de cette première séance, souvent si importante pour l'installation d'une relation de confiance.

#### Comment utiliser le testing périnéal pour apprécier l'efficacité de la rééducation ?

Bien que subjectif, cet examen [Annexe I] est admis par l'ensemble des professionnels et permet de détecter, notamment, une éventuelle inversion de commande, la tonicité musculaire et la consistance du noyau fibreux central du périnée [2-7]. Il est essentiel et recommandé de pratiquer le testing périnéal au début des séances pour se donner une appréciation clinique de départ [2]. Notre étude montre qu'environ 40% des sages-femmes libérales disaient ne pas utiliser le testing lors du premier examen. Il aurait été intéressant de leur demander quelle en était la raison, d'autant plus que le toucher renseigne à la fois la sage-femme et la patiente, établissant une sorte de dialogue et instaurant la confiance nécessaire au sein de ce binôme. Il ressort de ce résultat qu'un rappel sur les modalités du premier examen pourrait être nécessaire.

Parallèlement, nous observons que la moitié des SFL employaient cette évaluation au milieu du programme rééducatif et qu'un tiers l'appliquait à la fin, probablement afin d'évaluer cliniquement les effets de leur programme de rééducation au cas par cas. Aucune étude n'a conclu qu'il devait y avoir une évaluation à mi parcours du programme rééducatif mais l'on évoque l'hypothèse ici que ces sages-femmes ressentent le besoin d'avoir une idée clinique sans doute pour réorienter leurs patientes. Les recommandations de l'ANAES parlent tout de même

de la nécessité d'une « comparaison entre le bilan initial et le bilan final réalisé en fin de prise en charge » [2].

### Faut-il proposer une ou plusieurs méthodes en synergie ?

32,5% sages-femmes de l'étude disaient diriger toutes les séances avec une seule et même méthode. Nous pouvons peut-être l'expliquer par l'important coût des appareils (BFB et électrostimulation) ou simplement par le fait qu'une sage-femme peut être plus à l'aise avec une seule méthode. Les recommandations incitent à utiliser plusieurs méthodes en synergie [10-2] et 67,5% des sages-femmes libérales interrogées disaient effectivement associer les méthodes entre-elles. En ce sens, l'étude de Neumann et al [18] et celle de Dumoulin et al [19] concluent que l'association de plusieurs techniques avec la rééducation manuelle réduit significativement le taux d'incontinence chez la femme. Les conséquences sont : l'amélioration des symptômes sévères de l'incontinence urinaire et du testing périnéal à la fin du programme de rééducation.

Notre étude montre que la méthode la plus fréquemment utilisée était la CMP, on comprend ainsi que les SFL désirent surtout se former à cette technique. En ce sens, cette technique a sûrement plus d'attrait part le fait qu'elle s'appuie sur diverses méthodes ayant au préalable prouvé leur efficacité. La seconde la plus souvent utilisée était la méthode manuelle, ce qui n'est pas étonnant puisque cette technique ayant fait ses preuves depuis longtemps [2-12-17-20], a toujours été utilisée par les sages-femmes comme technique fondamentale. Le BFB et l'électrostimulation sont nettement moins représentés puisqu'utilisés en première intention par environ 20% des SFL. Cependant, on observe qu'elles sont utilisées préférentiellement en troisième intention, on peut donc se demander si ces techniques ne sont pas employées « en complément » d'une technique rééducative. D'après la littérature, des études démontrent une meilleure efficacité lorsque le biofeedback est associé à la rééducation manuelle [18-21-22]. Cette association serait associée à une bonne prise en charge dans la rééducation du post-partum. L'étude de Luber et al [23] annonce également que l'électrostimulation n'est pas efficace seule mais doit être utilisée en accompagnement du biofeedback et de la rééducation manuelle. Dans notre étude, les cônes n'étaient utilisés que par 5,9% des SFL, cette technique reste en marge par rapport aux autres méthodes et n'est pas citée dans les recommandations.

Neumann et al [18] ont regroupé dans leur revue systématique de la littérature 24 études dans lesquelles les auteurs insistent sur le fait que l'association des techniques doit être établie en fonction des caractéristiques des patientes. Pareillement, la majorité des SFL du RPAI s'entendait à choisir les méthodes de rééducation principalement en fonction du testing de départ

(71,2%) et fonction des caractéristiques inhérentes à la patiente (67,8%). Ici est souligné l'adaptabilité des sages-femmes puisqu'elles préfèrent porter attention à la clinique et à la symptomatologie plutôt qu'à leurs propres préférences.

#### Quel est le rôle de la sage-femme pendant les séances de rééducation ?

Intégrer la rééducation fait partie du programme des cours de préparation à la naissance ici, puisque presque neuf sages-femmes sur 10 en parlaient et ce, pendant une vingtaine de minutes. Ici, certaines SFL allaient même jusqu'à consacrer toute une séance de préparation à la naissance pour parler de la consultation post-natale et de la RPP. La connaissance des femmes sur leur périnée pendant la grossesse leur paraît donc essentielle et vient introduire l'idée de discuter de l'anatomie et d'introduire déjà la notion d'exercices en anté-partum.

X Fritel parle de prise en charge globale de la patiente tant sur le plan fonctionnel (incontinences) que sur le plan émotionnel et symbolique (vie sexuelle) [24]. Dans notre étude, les sages-femmes pour 54,5% d'entre-elles sont présentes activement lors des séances de rééducation. Cela est en accord avec l'étude de Chiarelli [13] qui conclue que l'intervention d'un thérapeute dans la RPP réduit significativement la prévalence de l'incontinence urinaire chez les patientes à risque. L'étude de Glazener et al [20] admet que l'encadrement de la rééducation par une sage-femme semble diminuer la probabilité d'incontinence urinaire et anale à 12 mois du post-partum. En 2007, M. Zanetti et al ont démontré l'impact favorable de la supervision d'un physiothérapeute sur l'incontinence urinaire [25]. Sandrine Galliac Alanbari souligne la nécessité d'une adéquation avec son thérapeute pour assurer le bon déroulement et l'efficacité de la RPP [26]. Une rééducation envisagée seule risque de concourir à la baisse de motivation chez la patiente voire même à un arrêt de la RPP et à la récurrence des symptômes. La sage-femme, tout au long des séances, se rend disponible pour sa patiente et, c'est par l'information riche qu'elle lui prodigue, que la patiente peut intégrer les conseils et exercices à son quotidien.

#### Doit-on, peut-on proposer un auto entretien par la patiente ?

Le testing étant soumis à la subjectivité de chacun, une enquête en 2009 [27] proposait aux patientes de s'auto-évaluer et se donner une « note » et de les comparer avec le testing fait par le thérapeute. L'idée ici était que l'auto-évaluation sous-entendait l'auto-prise en charge, autorisant ainsi le droit de regard sur soi-même. Nous avons montré que 41,3% des SFL proposaient ce même auto-examen. Devant ces chiffres, il semblerait approprié de poursuivre les recherches pour évaluer la pertinence et la justesse de l'auto-examen.

### Pratiquer la RPP en groupe ou en individuel : faut-il proposer une séance en groupe ?

Nous avons mentionné l'importance de l'échange entre le thérapeute et la patiente, le dialogue s'installant va permettre de créer une relation de confiance : pivot de la réussite de la rééducation. On comprend que le post-partum est une période de réappropriation du corps féminin, une redécouverte de la femme dans son entité, dans ses sensations et par conséquent, participer à des séances en groupe peut s'avérer inconcevable. Ce type de rééducation si intime ne s'entrevient que dans un contexte de respect de la pudeur, contexte permis par la relation dyadique. Dans ce sens, pratiquer la RPP en groupe ne semble pas approprié ; toutefois, environ 21% des SFL interrogées regroupaient les patientes pour diverses raisons: le partage de conseils, du vécu de la grossesse ou de l'accouchement et l'occasion de rompre l'isolement. Des SFL ont mentionné le fait de pouvoir faire ainsi des séances plus longues. Il ne s'agit que d'une réponse globale et il faudrait approfondir cette notion car au regard de la nomenclature de la sécurité sociale des professionnels, « *la sage-femme [...] se consacre exclusivement à sa patiente.* », les séances doivent donc se faire en individuel. Cependant il est dit que « *s'il y a constitution d'un groupe de patientes, la durée totale de la séance est égale au nombre de patient que multiplie une demi-heure* » [28]. Notre hypothèse est que les sages-femmes forment des groupes de patientes occasionnellement. Dans ce cas, l'idée d'animer simplement une séance fondée sur le partage et l'échange de vécu n'est sans doute pas préjudiciable.

### **3. Objectif secondaire : établir un niveau de qualité des pratiques**

Rappelons que notre objectif n'était pas d'évaluer les pratiques des sages-femmes libérales du RPAI mais de déterminer le taux de pratique optimale de la RPP. Tenter de voir s'il y avait une homogénéité de la prise en charge concernant quatre éléments cités dans les recommandations de l'ANAES [2] et de le HTA Review [10] nous semblait pertinent.

Les résultats suivants ne peuvent être comparés aux données de la littérature puisqu'il n'y a pas réellement de grille de prise en charge bien définie. Nous avons du reprendre les recommandations de l'ANAES [2] et en dégager les points essentiels.

Nous observons que la pratique la plus retrouvée dans cette étude était la pratique de moyenne qualité (où un seul des quatre principaux critères était retrouvé) avec un taux de 35 %. Face à ce résultat, nous pouvions imaginer qu'en augmentant le niveau de qualité, nous allions

trouver de moins en moins de sages-femmes répondant à tous les critères. Et pourtant, nous notons qu'il y avait plus de pratique optimale (28,6%) que de pratique de très haute qualité (14,3%) ou de haute qualité (22,1%), ce qui est un élément positif.

Sélectionner les critères les plus retrouvés dans la littérature nous a permis de mettre en lumière ceux susceptibles d'être améliorés. D'une manière générale, les quatre critères ont été réalisés par plus de 50% des SFL. Cependant, le facteur associé à une prise en charge non optimale le moins accompli était celui du début des séances de RPP. Nous pourrions tenter d'améliorer le taux de réalisation des quatre critères par exemple par l'intermédiaire d'une plaquette d'information dédiée aux professionnels de santé travaillant dans le milieu de la maternité.

### **III Propositions**

Pour résumer, nous avons fait un état des lieux en ciblant quelques aspects de prise en charge et nous avons qualifié les différentes prises en charge en mettant l'accent sur les critères possibles à améliorer : nos deux objectifs ont donc été atteints. Des plans d'actions pourraient être élaborés, ciblant les professionnels de santé pratiquant la RPP, plus précisément les sages-femmes, notamment par le biais d'une plaquette informative résumant les principaux axes de la rééducation post-natale : début de la RPP, association de plusieurs méthodes, présence active du professionnel recommandée, utilisation du testing en début voire même en fin de rééducation, proposition d'auto-examen par la patiente.

Pouvoir se former avant de s'installer en libéral serait une démarche à développer auprès des organismes de formation, c'est pourquoi il serait approprié de connaître les attentes et les avis des sages-femmes sur les formations en RPP proposées à ce jour en France, par le biais d'une étude. Nous pourrions aussi étudier l'impact du testing en milieu et en fin de rééducation sur la prise en charge et l'orientation des patientes.

Nous avons choisi de limiter cette étude auprès des sages-femmes mais il serait intéressant de connaître le vécu et les attentes des patientes puisqu'au final, c'est par leurs témoignages que nous pouvons nous améliorer.

Enfin, il serait pertinent de constituer un groupe de travail dans le but d'établir des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) par le biais d'une revue systématique de la littérature.



## CONCLUSION

Les troubles de la continence sont un réel problème de santé publique. La sage-femme est habilitée à pratiquer la rééducation post-natale, cependant, il n'y a pas de consensus professionnel la concernant. Nous nous sommes donc demandé comment améliorer la prise en charge des patientes. Nous voulions, par notre étude, connaître les pratiques des sages-femmes libérales du réseau RPAI en matière de rééducation périnéale du post-partum. Notre objectif était d'établir un état des lieux et d'étudier l'observance de quatre critères mentionnés dans les recommandations de l'ANAES de 2002. Nous avons mis en évidence que la rééducation du post-partum est une activité très présente chez les sages-femmes libérales. Celles-ci attachaient une particulière importance à la formation continue mais la moitié adoptait une approche active auprès de leurs patientes. Près d'un tiers utilisaient encore une seule méthode et près de 40% ne s'appuyaient pas sur un testing en début de rééducation. Les principales méthodes utilisées étaient la Connaissance et Maîtrise du Périnée, la méthode manuelle et les exercices du plancher pelvien.

La prise en charge optimale de la rééducation périnéale du post-partum a intéressé 28,6 % des sages-femmes. Plusieurs critères restent à améliorer, tel que le début des séances après la huitième semaine de post-partum, la nécessité de la présence active de la sage-femme, l'utilisation d'un testing lors du bilan initial et l'association de plusieurs méthodes en synergie.

A titre d'amélioration, nous avons proposé une fiche informative destinée aux professionnels et surtout aux sages-femmes, résumant les points clés de l'étude et désignant les pistes possibles à travailler [Annexe III].

Nos résultats ne sont pas généralisables et une évaluation des pratiques professionnelles à l'échelle nationale serait intéressante à mettre en œuvre, l'idéal étant d'établir de nouvelles recommandations pour la période du post-partum. Pouvoir comparer chaque méthode avec une synergie de méthodes serait une proposition à évaluer.

La rééducation du post-partum a toute sa place en matière de santé publique. Amener la patiente vers l'autonomie par le biais d'un partenariat avec la sage-femme est une réelle démarche de santé publique. La sage-femme a un rôle prépondérant lors des séances, elle peut se situer autant en éducatrice qu'en confidente, elle sait se rendre disponible et sa présence auprès de sa patiente est la clé de la réussite des exercices rééducatifs.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Phillips C, Monga A

Childbirth and the pelvic floor, the gynaecological consequences. Reviews in Gynaecological Practice 2005 ; 5 :15-22

[2] ANAES

Rééducation dans le cadre du post-partum ; Recommandations pour la pratique Clinique ; c2002.

[Consulté le 23/03/2013] disponible sur <http://www.has-sante.fr>

[3] Code de la Santé Publique

Article R.4127-318 [Consulté le 25/02/2013] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

[4] Charrier P

Les sages-femmes en France, synthèse ; 2011 [Consulté le 02/02/2013] disponible sur

<http://halshs.archives-ouvertes.fr>

[5] CNGOF

Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte ;

Recommandations pour la pratique clinique ; c2009 [Consulté le 22/03/2013] disponible sur

<http://www.cngof.asso.fr>

[6] Code de la Santé Publique

Articles L.4153-1 et L.4153-2 [Consultés le 17/02/2013] disponibles sur

<http://www.legifrance.gouv.fr>

[7] ANAES

Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme à l'exclusion des affections neurologiques ; c2000 [Consulté le 23/03/2013]

disponible sur <http://www.has-sante.fr>

[8] Leriche B, Conquy S

Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. Progr Urol 2010 ; 20 : S104-S108

[9] Kerdraon J, Denys P

Traitement conservateur de l'incontinence urinaire d'effort de la femme. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38 : S174-S181

[10] Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J et al.

Systematic review economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatment for women with stress urinary incontinence. Health Technol Assess 2010 ; 14 : 1-506

[11] ANAES

Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale ; c2003 [Consulté le 21/03/2013] disponible sur <http://www.has-sante.fr>

[12] Morkved S, Bø K

Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow-up. BJOG 2000 ; 107 : 1018-1022

[13] Chiarelli P, Cockburn J et al.

Promoting urinary incontinence in women after delivery : a randomised controlled trial. BMJ 2002 ; 324 :1241

[14] Rapport de la Cour des Comptes 2011

[Consulté le 21/03/2013] et disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

[15] Pr Haab F

Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire ; c2007. [Consulté le 19/03/2013] et disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

[16] Deffieux X

Incontinence urinaire et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009 ; 38 : S212-S231

[17] Meyer S, Hohlfeld P, Achtari C, De Grandi P

Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2001 ; 97 (5) : 673-677

[18] B Neumann P, A Grimmer K, Deenadaylan Y

Pelvic floor muscles training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women : a systematic review. *BMC Womens Health* 2006 ; 6 (11)

[19] Dumoulin C, Lemieux M C, Bourbonnais D, Bravo G, Morin M

Physiotherapy for persistent post natal stress urinary incontinence : a randomised controlled trial. *Obstet Gynecol* 2004 ; 104 (3) : 504-510

[20] Glazener C et al

Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence : randomised controlled trial. *BMJ* 2001 : 323-593

[21] Aukee P, Immonen P, Laaksonen D E, Laippala P, Penttinen J, Airaksinen O

The effect of home biofeedback training on stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004 ; 83 : 973-977

[22] Weatherall M

Biofeedback or pelvic floor muscles training for female genuine stress incontinence : a meta-analysis of trials identified in a systematic review. *BJU Int* 1999 ; 83 (9): 1015-1016

[23] Luber K M, Wolde-Tsadik G

Efficacy of functional electrical stimulation in treating genuine stress incontinence : a randomized clinical trial. *Neurourol Urodyn* 1997 ; 16 (6) : 543-551

[24] Fritel X

Pour ou contre la rééducation périnéale du post-partum ? *Gynecol Obstet Fertil* 2008 ; 36 : 824-825

[25] M. Zanetti et al

Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. Sao Paulo Med J 2007 ; 125 (5)

[26] Galliac Alanbari S

Rééducation périnéale féminine : mode d'emploi. Ed Jauze Robert Eds 2005.

[27] Belin-Guenin T

Place et fonction de l'auto-évaluation en rééducation périnéo-sphinctérienne. Un indicateur pertinent ? DU de statique pelvienne et urodynamique : Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2009

[28] Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Version du 14 février 2013

[consultée le 22/03/2013] disponible sur <http://www.ameli.fr/>

## ANNEXES

### **ANNEXE I : Testing des releveurs de l'an us par Minaire, 1994**

Cotation	Qualité	Maintien en nombre de secondes	Nombre de contractions sans fatigabilité
0	Rien	0 s	0
1	Traces	1 s	1
2	Contraction bien perçue sans résistance	moins de 5s	2
3	Contraction bien perçue sans résistance	5s	3
4	Contraction avec légère résistance	5s	5
5	Contraction avec forte résistance	5s	Plus de 5

## ANNEXE II : Questionnaire distribué aux sages-femmes libérales

*Madame,*

*Je suis étudiante sage-femme en cinquième année à l'école de Grenoble et dans le cadre des mes études, je souhaite réaliser un mémoire sur le thème de la rééducation périnéale post-natale.*

*Activité inscrite dans les compétences des sages-femmes, elle reste encore peu étudiée et peu valorisée.*

*Mon mémoire a pour principal objectif de faire un état des lieux de la prise en charge des femmes au cours des séances de rééducation.*

*C'est pourquoi je sollicite votre aide précieuse afin de compléter le questionnaire ci-dessous (durée approximative 5 à 10 minutes).*

*Les données seront recueillies de manière anonyme.*

*Je reste à votre disposition pour toutes interrogations ou suppléments d'informations sur mon étude.*

*Je vous remercie d'avance pour votre participation.*

1. Pratiquez-vous la rééducation périnéale du post-partum ?

Oui       Non

*Si vous ne la pratiquez pas, merci de me renvoyer le questionnaire. Je vous remercie pour votre participation.*

*Les prochaines questions vont concerner les séances de rééducation post-natale effectuées au cours de votre dernière année de pratique, et auprès des patientes que vous avez suivi et ayant terminé leurs séances.*

2. Quand débutez-vous les séances de rééducation périnéale dans le post-partum (PP) ?

Avant 6-8 semaines de PP       Entre 6-8 et 16 semaines de PP       Après 16 semaines de PP

3. Pratiquez-vous un testing des releveurs ?

Oui       Non

4. Le pratiquez-vous de manière systématique chez toutes vos patientes :

	Oui	Non
En début de rééducation	O	O
En cours de rééducation	O	O
En fin de rééducation	O	O

5. Au cours de la première séance, intégrez-vous de manière systématique des exercices de rééducation?

Oui       Non

6. En moyenne, pour chaque patiente, combien utilisez-vous de méthodes ? (Au cours de la totalité des séances)

1    2    3 et plus

7. Quelle(s) technique(s) utilisez-vous en général au cours de ces séances ? (Plusieurs réponses possibles) et classez-les par ordre de fréquence d'utilisation (1 : en première intention. 5 : en dernière intention) sans utiliser un même numéro plusieurs fois.

	1	2	3	4	5
Manuelle	O	O	O	O	O
Exercices du plancher pelvien	O	O	O	O	O
Biofeedback	O	O	O	O	O
Electrostimulation	O	O	O	O	O
Eutonie	O	O	O	O	O
Connaissance et maîtrise du périnée (CMP)	O	O	O	O	O
Cônes vaginaux	O	O	O	O	O
Autre	O	O	O	O	O

Si autre :

8. Qu'est-ce qui motive votre choix pour cette (ces) technique(s) ? (Plusieurs réponses possibles) et classez-les par ordre d'intérêt

	1	2	3	4	5
Résultat du testing des releveurs	O	O	O	O	O
Facteurs liés à la patiente (parité, dyspareunies, voie d'accouchement, incontinence urinaire/anale)	O	O	O	O	O
Méthode demandée par la patiente	O	O	O	O	O
Facteurs liés à votre pratique (préférence pour une technique, connaissance approfondie d'une technique)	O	O	O	O	O
Autre	O	O	O	O	O

Si autre :

9. Pensez-vous que 10 séances soient nécessaires ?

Oui    Non

**9 bis.** Pour quelles raisons ?

10. Vous arrive t-il de travailler deux séances (deux patientes) pendant le même créneau horaire? ?

Oui    Non

11. Pratiquez-vous la rééducation périnéale du post-partum en groupe ?



Oui       Non

Si Oui - Pour quelles raisons ?

**12.** Demandez-vous à la patiente de s'auto-évaluer, ou de s'auto-examiner ?

Oui       Non

**13.** Abordez-vous le sujet de la rééducation périnéale en cours de préparation à la naissance ?

Oui       Non

**14.** Combien de temps y consacrez-vous (lors des cours de préparation à la naissance)?

**15.** Dans votre travail, quelle part consacrez-vous à la rééducation périnéale du post-partum?

Moins de 25 %       De 25 à 50%       Plus de 50 %

**16.** Avez-vous participé à des journées de formation médicale continue ou à des formations concernant la rééducation périnéale ?

Oui       Non

**16a.** Si Oui - Quand ?

Avant votre installation en libéral       Depuis votre installation

**16b.** Si Oui - Lesquelles ?

Périnéologie       Technique particulière      **16b.** Veuillez préciser :

**16c.** Si Non - Pour quelle(s) raison(s) ?

Manque de temps       Éloignement géographique       Coût       Autre :

**17.** Depuis combien de temps êtes-vous installée en cabinet libéral ?

**18.** En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

## REFERENCES

- <sup>1</sup> Morkved S, Be K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow-up. BJOG 2000 ; 107 : 1018-1022
- <sup>2</sup> Doffieux X. Incontinence urinaire et grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38 : S212-S231
- <sup>3</sup> Meyer S, Hohlheid P, Achiani C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. Obstet Gynecol 2001 ; 97 (5) : 673-677
- <sup>4</sup> ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum ; Recommandations pour la pratique Clinique : c2002
- <sup>5</sup> B Neumann P, A Grimmer K, Deenadayyan Y. Pelvic floor muscles training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women : a systematic review. BMC Womens Health 2006 ; 6 (11)
- <sup>6</sup> Aukee P, Immonen P, Laaksonen D E, Lippala P, Penttinen J, Atrakisuen O. The effect of home biofeedback training on stress incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2004 ; 83 : 973-977
- <sup>7</sup> Weatherall M. Biofeedback or pelvic floor muscles training for female genuine stress incontinence : a meta-analysis of trials identified in a systematic review. BJU Int 1999 ; 83 (9) : 1015-1016
- <sup>8</sup> Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J et al. Systematic review economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatment for women with stress urinary incontinence. Health Technol Assess 2010 ; 14 : 1-506
- <sup>9</sup> Galliac Alanbari S. Rééducation périnéale féminine : mode d'emploi. Ed Janze Robert Eds 2005.
- <sup>10</sup> Glazener C et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence : randomised controlled trial. BMJ 2001 : 323-593
- <sup>11</sup> Chisarelli P, Cockburn J et al. Promoting urinary incontinence in women after delivery : a randomised controlled trial. BMJ 2002 ; 324 : 1241
- <sup>12</sup> Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Version du 14 février 2013



La rééducation du post-partum est un enjeu de santé publique. Une enquête au sein du réseau RPAI a été menée en 2012 auprès de 77 sages-femmes libérales. Il ressort de cette étude que la rééducation du post-partum est une activité très présente en libéral, cependant certains points restent à améliorer.

#### Quand débiter la rééducation du post-partum ?

Il semble que la période propice pour débiter les exercices rééducatifs se situe entre 6-8 semaines et 16 semaines du post-partum.<sup>1,2,3</sup>

Bien que la rééducation du post-partum ne soit pas systématique, l'information auprès des patientes dès le séjour en maternité reste indispensable.

#### Testing lors du bilan initial

Il est recommandé de pratiquer un examen approfondi lors de la première séance, appuyé par le testing périnéal<sup>4</sup>.

Bien que cet examen soit subjectif, il donne une appréciation clinique de départ qui peut parfois être nécessaire.

Le testing final peut être un examen à proposer afin d'orienter au besoin la patiente<sup>4</sup>.

#### Associer plusieurs techniques ?

1/3 des sages femmes libérales utilise encore une seule méthode.

Aucune étude n'a montré la supériorité en terme d'efficacité d'une méthode rééducative par rapport à une autre.

Il est recommandé d'utiliser plusieurs méthodes en synergie. Des études ont démontré que l'association du biofeedback/ méthode manuelle a des effets positifs sur l'incontinence urinaire et les symptômes périnéaux.<sup>4,5,6,7,8</sup>

#### Le rôle de la sage-femme

La connaissance des femmes sur leur périnée pendant la grossesse paraît essentielle. Une rééducation envisagée seule risque de concourir à la baisse de motivation chez la patiente voire même à un arrêt de la rééducation et à la récurrence des symptômes.

La sage-femme doit se consacrer entièrement à sa patiente, sa présence tout le long de la séance est nécessaire<sup>9,10,11</sup>.

La clé de la réussite se trouve dans cette relation de confiance.

## RESUME

Il n'existe pas de consensus professionnel concernant la rééducation du post-partum (RPP), une des activités les plus pratiquées par les sages-femmes libérales (SFL). Les objectifs étaient : établir un état des lieux des pratiques des SFL dans le RPAI et déterminer la qualité de prise en charge de la rééducation en regard de différents éléments issus des recommandations.

Il s'agissait d'une étude déclarative transversale par questionnaire auto-administré auprès des SFL du RPAI d'octobre à décembre 2012. Nous avons établi à partir des recommandations de l'ANAES quatre niveaux de qualité de prise en charge selon quatre critères : testing initial, RPP débutée après huit semaines, synergie des méthodes, présence active de la sage-femme.

Le taux de participation est de 74,3%. La RPP est pratiquée par 95% des sages-femmes, et occupe pour 66,1% d'entre-elles 25 à 50% de leur temps de travail. La Connaissance et Maîtrise du Périnée, la méthode manuelle et les exercices du plancher pelvien sont les principales méthodes utilisées. 28,6% des sages-femmes avaient une pratique optimale, 35% avaient une pratique de moyenne qualité. Les critères associés à une bonne prise en charge sont le testing initial (59,7% l'utilisent) et la synergie des méthodes (67,5% l'appliquent). Ceux associés à une moins bonne prise en charge sont le début des séances et la présence de la sage-femme.

La pratique de ces quatre critères serait à améliorer afin d'être généralisée. L'information des professionnels de la rééducation se doit d'être perfectionnée, aussi nous avons proposé une plaquette informative leur étant destinée.

**Mots-clés :** rééducation périnéale ; post-partum ; périnée ; qualité ; recommandations.