



HAL
open science

Évaluation de l'efficacité d'une méthode de rééducation périnéale : la CMP. De la clinique à la satisfaction des femmes

Caroline Hebert

► **To cite this version:**

Caroline Hebert. Évaluation de l'efficacité d'une méthode de rééducation périnéale : la CMP. De la clinique à la satisfaction des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01057369

HAL Id: dumas-01057369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01057369>

Submitted on 22 Aug 2014

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.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 28 avril 2014

par

Caroline HEBERT

Née le 30/07/1992

**Evaluation de l'efficacité d'une méthode de
rééducation périnéale : la CMP**

De la clinique à la satisfaction des femmes

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame NGUYEN Emmanuelle

Sage-femme libérale

CO-DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame ATINE Myriam

Sage-femme enseignante

JURY :

Madame VINCENT Aurélie

Madame DUQUENOIS Sylvie

Madame SAUVEGRAIN Priscille

Madame COLLIOT-THELENE Elisabeth

Madame ATINE Myriam

Représentant du directeur technique et d'enseignement

Représentant de la directrice de l'ESF Baudelocque

Sage-femme, Docteure en anthropologie

Sage-femme libérale

Sage-femme enseignante

N° du mémoire 2014PA05MA19

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, à ma directrice de mémoire, Madame Emmanuelle Nguyen, pour avoir accepté la direction de ce mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et ses précieux conseils durant la réalisation de ce travail.

À ma guidante de mémoire, Madame Atine, pour sa grande disponibilité, son enthousiasme et ses conseils avisés.

À Madame Pelat et à Madame Roux, sages-femmes libérales, pour leur participation à l'étude.

Je tiens à témoigner ma sincère gratitude à mes parents, Marie-Cécile, Aurélien, Romain, Sarah, pour leur présence, leur soutien, et leurs encouragements, en toutes circonstances.

Pour finir, je remercie particulièrement Morgane et Diane, pour notre « trio inséparable » tout au long de ces quatre années passées ensemble.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures	II
Liste des annexes	III
Lexique	IV
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel	2
1. Le périnée	2
1.1 Sa structure	2
1.2 Ses fonctions	4
1.3 Ses modifications	4
1.3.1 Au cours de la grossesse	4
1.3.2 A l'accouchement	5
1.4 Les différentes atteintes.....	6
1.5 Prévention des lésions	7
2. La rééducation périnéale du post-partum en France	8
2.1 Cadre historique	8
2.1.1 Pourquoi réaliser une rééducation au niveau périnéal ?.....	8
2.1.2 Pour quoi réaliser une rééducation au niveau périnéal ?.....	9
2.2 Les modalités	10
2.2.1 Les femmes et les professionnels concernés	10
2.2.2 La période à laquelle la démarrer	10
2.2.3 Le nombre de séances	10
2.3 Les principales offres	10
2.3.1 Les exercices du plancher pelvien.....	11
2.3.2 Le biofeedback instrumental	11
2.3.3 L' électrostimulation	12
3. La Connaissance et Maîtrise du Périnée	12
3.1 Définition	12
3.2 Les grands principes.....	14
3.3 Les modalités	16
3.4 L'installation de la patiente et du praticien	18
3.5 Une méthode à démarche clinique	16
3.6 Les différents exercices utilisés.....	18
3.7 Organisation des séances	18

Deuxième partie Méthodologie de la recherche et résultats.....	19
1. Présentation de l'étude	19
1.1 <i>Problématique</i>	19
1.2 <i>Hypothèses</i>	20
1.3 <i>Objectifs</i>	20
1.4 <i>Méthodologie et population étudiée</i>	20
2. Principaux résultats et analyse	22
2.1 <i>Caractéristiques de la population</i>	22
2.2 <i>Les attentes des patientes</i>	24
2.3 <i>Les connaissances des femmes</i>	25
2.4 <i>Comparaison avec la méthode précédente</i>	26
2.5 <i>Les points forts et faibles de la méthode CMP</i>	27
2.6 <i>Evaluation clinique</i>	28
2.6.1 <i>Par les femmes</i>	29
2.6.2 <i>Par les sages-femmes</i>	29
Troisième partie Discussion.....	33
1. Forces et limites de l'étude	33
2. Evaluation de la CMP par les patientes	33
2.1 <i>Un apport de connaissances</i>	34
2.2 <i>Satisfaction des patientes</i>	36
2.3 <i>La CMP, un outil pour autonomiser les patientes</i>	37
3. Evaluation par les sages-femmes	38
4. Perspectives d'amélioration et propositions	39
4.1 <i>Une méthode amenée à être diffusée</i>	39
4.2 <i>Limites de cette formation</i>	39
4.3 <i>Le rôle de la sage-femme</i>	40
4.4 <i>Propositions</i>	41
4.4.1 <i>Informé et éduquer les femmes</i>	41
4.4.2 <i>Evaluer la CMP pour mieux la diffuser</i>	42
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	45
Annexes.....	49

Liste des tableaux

Tableau 1 Évaluation clinique : évolution des scores avant et après RP	29
--	----

Liste des figures

Figure 1 Les différents muscles du périnée	3
Figure 2 Les muscles éleveurs de l'anus	4
Figure 3 Ampliation du périnée	5
Figure 4 Posture de la patiente	15
Figure 5 Installation de la femme et du praticien.....	16
Figure 6 Catégories socio-professionnelles (CSP).....	22
Figure 7 Parité de la population d'étude.....	23
Figure 8 Issues périnéales dans la population d'étude	23
Figure 9 Les attentes des femmes vis à vis de la rééducation périnéale	24
Figure 10 Évaluation de la satisfaction globale des femmes.....	25
Figure 11 Méthode de rééducation périnéale précédente parmi les multipares.....	26
Figure 12 Évaluation des méthodes utilisées par une notation sur 10.....	26
Figure 13 Notation des méthodes sur 10, en excluant les "antécédents de CMP".....	27
Figure 14 Qualificatifs attribués par les patientes à la CMP	27
Figure 15 Évolution des scores pour les PTAE subvésicales	30
Figure 16 Évolution des scores pour les PTAE anales	31
Figure 17 Évolution des scores pour la concentrique à l'anus.....	31
Figure 18 Évolution des scores pour la remontée de la paroi vaginale postérieure	32
Figure 19 Testing des releveurs de l'anus.....	55

Liste des annexes

Annexe I : Le prolapsus génital	49
Annexe II : Législation sur la pratique de rééducation périnéale par les sages-femmes Article R4127-318 [33].....	51
Annexe III : Législation sur la pratique de rééducation périnéale par les kinésithérapeutes, Article R4321-5 [34].....	53
Annexe V : Questionnaire de l'étude	55
Annexe VI : Planche d'informations sur le périnée féminin	57

Lexique

CMP : Connaissance et Maîtrise du Périnée

NFC : Noyau Fibreux Central

IMC : Indice de Masse Corporelle

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

RCOG: Royal College of Obstetrics and Gynaecology

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ELD : Episiotomie Latérale Droite

RP : Rééducation Périnéale

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

TV : Toucher Vaginal

PTAE: Pressions Thoraco-Abdominales à l'Effort

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques

Introduction

Dans le cadre du post-partum, la rééducation périnéale est employée dans le but de remuscler l'ensemble de cette région, mise à l'épreuve au cours de la grossesse et de l'accouchement. De nombreuses méthodes ont vu le jour, sans être automatiquement passées par une évaluation des pratiques professionnelles. C'est le cas de la méthode « Connaissance et Maîtrise du Périnée » (CMP), qui aborde de manière originale, la région périnéale. En effet, celle-ci utilise des représentations imagées pour symboliser et faire travailler cette zone. Cependant, la littérature fournie à ce sujet est très faible et dans un souci d' « evidence-based medicine », il est nécessaire de prouver son efficacité et de s'interroger sur la satisfaction des femmes qui l'emploient.

Par ailleurs, pendant la formation initiale, il apparaît que relativement peu de temps est consacré à la rééducation périnéale, au niveau pratique : un seul stage avec une sage-femme libérale est prévu au cours de notre cursus, en dernière année de formation. Il nous paraissait alors nécessaire de s'intéresser davantage à cette pratique afin d'approfondir ses connaissances sur ce thème.

Nous nous sommes donc demandé quel était le bénéfice apporté aux femmes réalisant la rééducation périnéale par CMP, en s'intéressant à la fois, à l'évolution clinique et à la fois, à la satisfaction des femmes vis à vis de cette méthode.

Tout d'abord, nous présenterons le périnée, sur les plans anatomiques et fonctionnels, avec les modifications et les conséquences de la grossesse et de l'accouchement sur cette structure. Nous aborderons ensuite la rééducation périnéale en France, les modalités qui lui sont attribuées ; et enfin, nous nous intéresserons plus particulièrement à la méthode CMP,

Dans un second temps, nous présenterons l'étude ainsi que ses principaux résultats, avant de les analyser, de les discuter et de proposer en conséquent, des axes d'amélioration, notamment sur la pratique de la CMP par les sages-femmes et l'éducation autour du périnée.

Première partie

Cadre conceptuel

1. Le périnée

1.1 Sa structure [1] [2] [3]

Le périnée correspond à l'ensemble des parties molles fermant l'excavation pelvienne. Il est situé au-dessous du diaphragme pelvien, et forme un losange dont le grand axe est antéro postérieur. Les muscles élévateurs de l'anus constituent, quant à eux, l'élément essentiel du diaphragme pelvien, délimitant le hiatus urogénital-digestif.

Le périnée est délimité par la symphyse pubienne en avant, le coccyx en arrière, et les tubérosités ischiatiques et les branches ischio-pubiennes latéralement. Il est principalement innervé par le nerf pudendal. On distingue le périnée antérieur, ou urogénital du périnée postérieur, ou anal. Ces deux régions sont séparées en deux par une ligne transversale imaginaire passant par les deux tubérosités ischiatiques. Elles se rejoignent au niveau d'une formation fibromusculaire désignée comme centre tendineux du périnée, ou Noyau Fibreux Central (NFC) : c'est le point de convergence des muscles périnéaux et des muscles élévateurs de l'anus.

D'après Kamina, le périnée urogénital comprend deux espaces, avec, au niveau superficiel, un plan contenant les organes érectiles (bulbes vestibulaires, corps caverneux), des muscles (ischio-caverneux, bulbo-spongieux, transverse superficiel) ainsi que les glandes vestibulaires majeures [1]. Le muscle sphincter urétral et le muscle transverse profond appartiennent, quant à eux, au plan profond.

Au niveau du périnée anal, on trouve le sphincter externe de l'anus (entourant le canal anal) avec, de part et d'autre, les fosses ischio-rectales.

Les muscles du périnée
(d'après Kamina.P)

- 1- aponévrose superficielle
- 3- aponévrose moyenne
- 4- muscle gluteus maximus
- 6- clitoris
- 7- muscle ischio-caveux
- 8- muscle bulbo-caveux
- 9- bulbe vestibulaire
- 10- glande vestibulaire majeure
- 11- muscle transverse superficiel
- 12- centre tendineux
- 13- sphincter externe de l'anus
- 14- muscle levator ani
- 15- coccyx

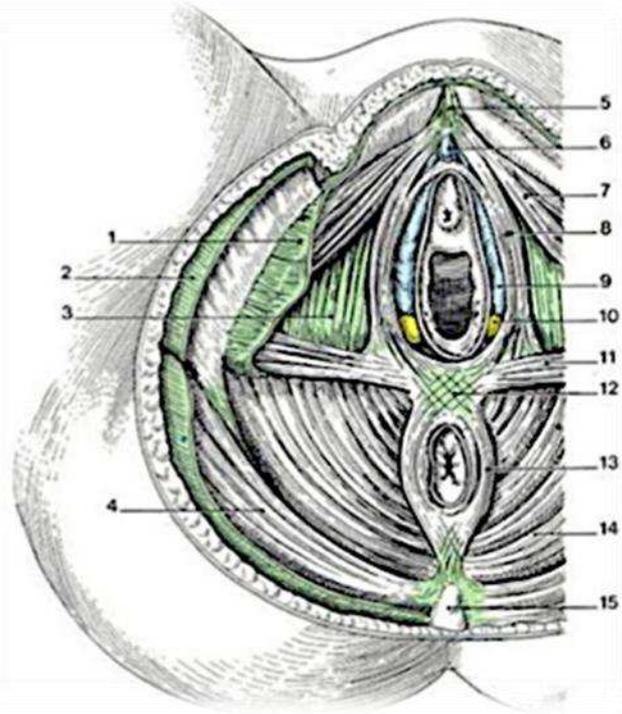


Figure 1 Les différents muscles du périnée

Les muscles élévateurs de l'anus séparent la cavité pelvienne, du périnée et regroupent deux parties distinctes : une portion externe ou sphinctérienne et une portion interne ou élévatrice.

La portion externe ou sphinctérienne est originaire du pubis, passant par l'épine sciatique et allant jusqu'au coccyx. Elle est relativement mince, peu puissante et se compose des faisceaux pubo-coccygien, ilio-coccygien et coccygiens. Ce sphincter se relâche lors des poussées, et se contracte pour retenir le contenu digestif. Il doit s'assouplir lors du passage de la tête fœtale.

La portion interne, ou élévatrice est plus épaisse, plus solide, mais plus étroite. Elle part du pubis pour se terminer au niveau de la paroi du canal anal, et forme une véritable sangle musculaire. Elle se divise en deux faisceaux, indispensables pour la statique pelvienne : le muscle pubo-rectal et le muscle pubo-vaginal.

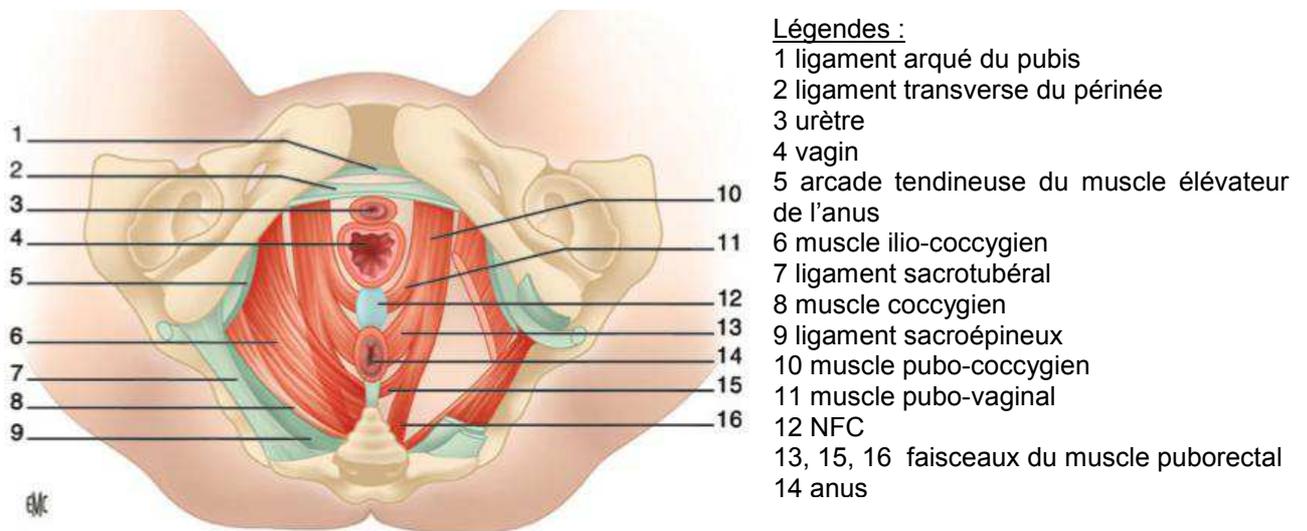


Figure 2 Les muscles élévateurs de l'anus [2]

Toutes ces structures permettent au périnée de jouer des rôles à divers niveaux.

1.2 Ses fonctions [3]

Le périnée participe avec l'ensemble du plancher pelvien à l'équilibre de la statique pelvienne. C'est la dernière région anatomique à franchir au cours de l'expulsion du fœtus, ce qui conditionne l'attention particulière qui lui est accordée au moment de l'accouchement. En effet, le périnée uro-génital est essentiel dans la sexualité féminine et dans la continence urinaire. De même, le périnée anal est indispensable dans la continence anale. Aussi, les modifications subies au moment de l'expulsion déterminent les conséquences prédictives sur le plan fonctionnel. Elles sont le corollaire de l'état gravide qui prépare à l'accouchement.

1.3 Ses modifications

1.3.1 Au cours de la grossesse [2] [3]

Avec la grossesse, de nouveaux tissus apparaissent (fœtus, placenta, liquide amniotique), tandis que d'autres voient leur masse augmenter (utérus, glandes mammaires, liquides extra cellulaires, masse sanguine et tissu adipeux maternels). Ce gain pondéral physiologique, variant selon l'Indice de Masse Corporelle (IMC) initial, soumet ainsi le périnée à de plus fortes pressions. L'utérus accentue alors sa position antéversée, modifiant les directions des pressions exercées : elles ne sont

plus dirigées vers la zone anale et coccygienne mais principalement vers la fente vulvaire. Cette augmentation de pression associée à des facteurs hormonaux, principalement les œstrogènes et les progestatifs, favorise un relâchement ligamentaire et musculaire.

1.3.2 A l'accouchement [2] [4]

Le périnée exerce habituellement un rôle de soutien et donc de fermeture au niveau de l'excavation pelvienne. Or, à l'accouchement, particulièrement lors de la descente et de l'expulsion fœtales, il doit justement s'assouplir au maximum pour permettre cette expulsion.

Une fois le détroit supérieur franchi, la présentation fœtale descend selon un axe ombilico-coccygien en repoussant le septum recto-vaginal. Il en résulte un accollement du rectum contre le coccyx, qui peut alors être rétropulsé. Le périnée postérieur se distend : la commissure postérieure de l'anus s'étire et une saillie apparaît. L'anus est largement ouvert.

Puis, bloquée par le périnée postérieur, la présentation ne peut plus continuer dans cet axe. Elle va donc commencer sa déflexion autour de la symphyse pubienne pour la phase d'expulsion : le périnée postérieur bombe, se distend, permettant à la distance ano-vulvaire de s'allonger jusqu'à plus de 10 cm alors que sa longueur habituelle est de 3-4 cm ! [5] [6] Lors de son passage, la présentation comprime et étale le noyau fibreux central du périnée. Le périnée antérieur se distend également dans un second temps, de manière plus modérée. Ce phénomène d'élongation correspond à « l'ampliation » du périnée. L'orifice vulvaire s'agrandit enfin pour laisser le passage au fœtus à travers le périnée, étendu à son maximum.



Figure 3 Ampliation du périnée [6]

Du fait de son ampliation et des différentes pressions pendant l'accouchement, le périnée est ainsi particulièrement exposé aux lésions à titre de déchirures.

1.4 Les différentes atteintes [2] [4]

La classification Française, détaillée ci-dessous, distingue trois degrés de lésions, contre quatre degrés décrits par les anglo-saxons.

Le 1^{er} degré regroupe les déchirures cutanées, vaginales, ainsi que les déchirures des muscles périnéaux avec un sphincter anal intact. On parle alors de « déchirures périnéales simples ». On y ajoute, dans le 2^{ème} degré, les atteintes du muscle bulbo caverneux et de la partie antérieure du noyau fibreux central : il y a atteinte du sphincter externe de l'anus et il s'agit alors d'une « déchirure périnéale complète ». La paroi anale est rompue dans les lésions du 3^{ème} degré. C'est une déchirure périnéale avec déchirure complète du sphincter et de la muqueuse rectale. On parle dans ce dernier cas de « déchirure complète compliquée ».

Les deux classifications diffèrent au niveau de la définition des « déchirures périnéales simples ». En effet, pour les anglo-saxons, le 1^{er} degré correspond aux atteintes cutanéomuqueuses (peau et vagin) tandis que les atteintes des muscles périnéaux avec un sphincter anal intact constituent le 2^{ème} degré lésionnel. C'est cette classification qui a été adoptée par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCGO) [7] et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [8].

Le diagnostic de ces lésions et leur classification permettent de préciser le niveau d'atteinte ainsi que la prise en charge au regard des conséquences fonctionnelles possibles.

Plusieurs facteurs de risque ont été définis et associés à une augmentation des lésions périnéales, spontanées ou induites.

Premièrement, les éléments d'origine maternelle, comme la primiparité : le périnée est alors plus tonique, n'ayant jamais été distendu. L'obésité maternelle ainsi que la structure du périnée influent également (périnée œdématisé, fragile, ou au

contraire trop résistant, une distance ano-vulvaire égale ou inférieure à 3cm [9], une ogive pubienne fermée).

Deuxièmement, certains éléments fœtaux peuvent favoriser la survenue de ces lésions. Parmi eux, on retrouve la macrosomie, la dystocie des épaules, les présentations dystociques. C'est le cas des présentations postérieures, des présentations de la face, et des présentations du siège.

Troisièmement, certains éléments obstétricaux entrent également en compte : le recours aux extractions instrumentales, principalement par forceps et spatules, les manœuvres obstétricales telles que la manœuvre de Jacquemier ou la grande extraction du siège, qui seraient à l'origine de distensions périnéales trop brutales. Par ailleurs, un contrôle non satisfaisant du dégagement manuel de la présentation, associé ou non, à une mauvaise vision du périnée (en raison d'une agitation maternelle par exemple) peut aussi être corrélé à une fréquence plus importante de ces lésions.

Il est cependant important de souligner que ces facteurs de risque sont souvent associés entre eux, favorisant d'autant plus, la survenue de lésions. On peut citer en exemple, la macrosomie, souvent liée à une phase active plus longue, elle-même liée à une durée d'expulsion plus longue, elle-même liée à une extraction instrumentale. Différents moyens ont donc été mis en place dans la perspective de prévenir ces lésions.

1.5 Prévention des lésions

Largement utilisée au XXe siècle, *l'épisiotomie médio-latérale* (ELD) a longtemps été utilisée à visée protectrice du périnée vis-à-vis des déchirures périnéales sévères. Remise en cause dès les années 1980, les recommandations actuelles montrent qu'elle n'a justement pas cet effet protecteur [11]. En ce sens, elles ne décrivent pas de situation particulière où l'épisiotomie devrait être faite en systématique : la décision est donc laissée au praticien qui doit se baser avant tout sur son expertise clinique [11].

Les positions d'accouchement alternatives : assise, debout, suspendue ou en décubitus latéral sont associées à moins de déchirures périnéales, d'épisiotomies et d'extractions instrumentales qu'en décubitus dorsal. Cependant, elles provoqueraient plus de lésions du premier degré, et de pertes sanguines après l'expulsion de l'enfant [2] [10].

Le massage périnéal fait en anténatal, peut être particulièrement intéressant chez les nullipares, dans le but d'assouplir leur périnée. Il permet de réduire le recours à l'épisiotomie et le risque de suture périnéale [2] [10].

Selon *l'instrument utilisé pour les extractions instrumentales*, on retrouve plus ou moins de risques de lésions du 3^{ème} et du 4^{ème} degrés. La ventouse comporte ainsi moins de risque que le forceps [4] [10].

Malgré la mise en œuvre de ces moyens de prévention, des lésions peuvent tout de même apparaître au décours de l'expulsion. C'est pourquoi la rééducation périnéale a été mise en place pendant la période du post-partum : elle a alors pour but de « réparer » les effractions musculaires causées par la grossesse et l'accouchement.

2. La rééducation périnéale du post-partum en France

2.1 Cadre historique [12] [13]

La rééducation périnéale (RP) est un concept relativement récent : c'est dans les années 1950 qu'un gynécologue américain, Arnold Kegel, propose le premier des exercices pour « remuscler » le plancher pelvien après la grossesse et l'accouchement. Son objectif consistait à prévenir et à soigner les troubles liés à l'incontinence urinaire et aux dysfonctionnements sexuels.

En France, le promoteur en rééducation pelvi-périnéale est un kinésithérapeute du nom d'Alain Bourcier. Formé aux Etats-Unis, il organise, à son retour en France en 1977, les bases de la rééducation telle qu'elle est pratiquée actuellement dans notre pays : en associant à la rééducation manuelle, une électrostimulation intra-vaginale.

2.1.1 Pourquoi réaliser une rééducation au niveau périnéal ? [5] [14] [15] [19]

La grossesse et l'accouchement sont des événements « à risques » pour le périnée.

Dans le post-partum, les *douleurs périnéales* restent fréquentes en touchant plus de 20% des femmes deux mois après l'accouchement [16]. Elles sont habituellement associées à une cicatrice (déchirure, épisiotomie). Leur identification

est souvent liée à la reprise des rapports sexuels et elles sont alors désignées comme : *dyspareunies*.

Parmi les autres troubles présents, se trouve l'*incontinence* : il s'agit d'émissions involontaires d'urines, de gaz ou de matières. 85% des femmes enceintes seraient ainsi concernées par l'incontinence urinaire [14], 15 à 40% des femmes le seraient en post-partum [16], et ce, quelque soit la voie d'accouchement. On distingue alors l'Incontinence Urinaire qui se produit à l'Effort (IUE), de celle qui survient par urgence (désir soudain et impérieux) et on parle d'incontinence mixte lorsqu'il existe une association de ces deux phénomènes. Les femmes sont aussi touchées par l'incontinence anale, dans 1 à 5% des cas [16]. En effet, suite à tout accouchement par voie basse, même sans rupture du sphincter anal, on constate une diminution des pressions basales et une diminution des pressions de contractions volontaires. Le sphincter aura, par conséquent, une tonicité moindre, pouvant causer des incontinenances aux gaz ou aux selles.

Par ailleurs, le manque de tonicité des muscles bulbo-spongieux, pubo-vaginal et du constricteur de la vulve, peut être responsable d'une béance vulvaire, pouvant être à l'origine de gaz vaginaux. Enfin, il peut se produire des troubles au niveau de la statique des organes pelviens, aboutissant à des *prolapsus* [Annexe 1].

2.1.2 Pour quoi réaliser une rééducation au niveau périnéal ?

Les modifications et les atteintes lors de la grossesse et de l'accouchement justifient la nécessité d'une rééducation périnéale dans le but de « *redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts* ». [16]

Il s'agit alors de corriger ou de réduire les troubles précédemment cités. Elle joue également un rôle éducatif en permettant d'apprendre à localiser ou à contracter les muscles du plancher pelvien, et en corrigeant les pressions lors des efforts internes et externes de la vie quotidienne. Tout ceci, dans le but de comprendre comment le périnée fonctionne et comment on peut s'en servir au quotidien.

2.2 Les modalités

2.2.1 Les femmes et les professionnels concernés

La rééducation périnéale n'est pas considérée comme systematique d'après les recommandations. En effet, elle doit être prescrite suite à des symptômes décrits par la patiente ou dépistés au cours de l'examen clinique réalisé pendant la consultation post-natale [16].

Cette rééducation peut être réalisée par une sage-femme ou bien par un masseur-kinésithérapeute, aussi bien à l'hôpital qu'en cabinet [Annexes 2 et 3] [17].

2.2.2 La période à laquelle la démarrer [16]

C'est lors de la consultation post-natale, six à huit semaines après l'accouchement, que l'indication d'une prise en charge rééducative est envisagée. En post-partum immédiat, le traitement périnéal s'attache principalement à soulager la douleur.

2.2.3 Le nombre de séances

C'est au professionnel d'évaluer le nombre de séances nécessaires [16]. Dix séances sont généralement prescrites après l'accouchement, entièrement remboursées par l'Assurance Maladie [17].

2.3 Les principales offres

Quelque soit la technique utilisée, une grande place est donnée à l'information des patientes, premier « acte thérapeutique », précédant tout geste. Elle permet ainsi d'expliquer aux femmes : ce qu'est le périnée, son fonctionnement, comment elles vont travailler pour réduire ou corriger leurs troubles s'il en existe (en s'aidant par exemple de planches anatomiques); ainsi que l'importance et la nécessité du travail personnel à fournir entre les différentes séances [16].

Avant d'utiliser une méthode particulière, il est nécessaire de réaliser un interrogatoire et un examen clinique de la patiente, conduisant le professionnel à déterminer quelle technique sera la plus adaptée.

En plus des différents antécédents médicaux, chirurgicaux, et obstétricaux de la patiente, l'interrogatoire repose principalement sur la présence de troubles : douleurs périnéales, incontinence urinaire et/ ou anale, béance vulvaire, prolapsus. L'environnement ou les habitudes de vie comme les activités sportives, les loisirs (le jardinage par exemple), qui peuvent particulièrement solliciter la zone périnéale, sont à prendre en compte dans le bilan global. [18]

L'examen clinique, quant à lui, se compose, en premier lieu d'un examen locorégional, permettant d'observer la trophicité du périnée, une éventuelle cicatrice, l'état des pertes vaginales, la présence d'une béance, d'un déroulement de paroi, ou d'un prolapsus. Un examen neurologique permet l'étude des zones sensibles du périnée. Enfin, on évalue manuellement la force musculaire périnéale : c'est le « testing » [18] [Annexe 4].

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), dans les recommandations de 2002, cite les deux techniques les plus fréquemment employées pour retonifier le périnée ou traiter les incontinences [16].

2.3.1 Les exercices du plancher pelvien [19]

Avec cette méthode, les femmes apprennent à contracter les muscles du plancher pelvien, de manière à les différencier des muscles abdominaux. Les exercices sont ensuite effectués par la patiente, chez elle, de façon régulière. Il est nécessaire, au préalable, que la patiente soit guidée par un thérapeute pour réaliser ces exercices correctement.

2.3.2 Le biofeedback instrumental [13] [19]

Il s'agit d'une technique de rétrocontrôle instantanée : une sonde est introduite dans le vagin, et est reliée à un appareil, muni d'un écran de contrôle. L'appareil enregistre alors la contraction de la patiente et la transforme en un signal, visuel ou sonore. La femme doit contracter son périnée de manière progressive en intensité et en durée autour de cette sonde, en suivant une courbe par exemple. Cela permet à la patiente de prendre conscience de son plancher pelvien. De cette façon, elle participe activement à la rééducation, et peut évaluer son travail et la force de sa

contraction grâce à l'écran de contrôle. Il s'agit d'une des méthodes les plus fréquemment employées. Le thérapeute participe à la séance en contrôlant, en direct, le travail de sa patiente, pour l'encourager, la conseiller ou encore la corriger.

2.3.3 L'électrostimulation [13] [19]

Cette technique utilise également une sonde endovaginale, mais, à la différence du biofeedback, elle ne nécessite pas de participation de la part de la patiente ; il s'agit d'une méthode « passive ». Des courants électriques de basse fréquence sont générés par l'appareil, provoquant la contraction réflexe de fibres musculaires et de fibres nerveuses du périnée : il s'agit d'une stimulation globale. L'ANAES préconise de ne pas utiliser cette méthode en post-partum en raison du retard de régénération nerveuse qu'elle pourrait induire [16].

Parmi les méthodes alternatives proposées pour la rééducation périnéale, l'une d'entre elles nous a particulièrement intéressés par son approche et par les procédés qu'elle emploie.

3. La Connaissance et Maîtrise du Périnée

3.1 Définition [20] [21]

Il s'agit d'une méthode de rééducation périnéale éducative, créée par une sage-femme, Mme Dominique Trinh Dinh, dans les années 1990. En développant cette méthode, Mme Trinh Dinh avait pour objectif de « *toujours travailler à mettre en exergue les compétences propres de la femme* » [20], en instaurant une véritable collaboration entre la femme et son thérapeute, afin d'amener chaque femme à **se rééduquer**. Il est donc nécessaire, dans cette démarche, que la femme travaille au quotidien, de manière régulière. Elle apprend ainsi à mieux connaître son corps, être à son écoute, le percevoir. La CMP s'inscrit également dans une démarche préventive en « détectant » des signes de pré-pathologies, de manière à les « prévenir » et à pouvoir les traiter en amont.

La formation à la méthode CMP est accessible aux sages-femmes et aux kinésithérapeutes diplômés ; elle est dispensée en France, par l'une des trois sages-

femmes formatrices de l'institut « Naissance & Formations ». Elle s'inscrit dans le cadre de la formation continue. Chacun des deux niveaux nécessite la réalisation de trois étapes : deux stages de 4 jours et 1 évaluation à distance, six mois après.

3. 2 Les grands principes

La CMP n'est pas considérée comme une méthode manuelle de rééducation. En effet, dans ce cas, le Toucher Vaginal (TV) est utilisé pour faire travailler la femme, alors qu'en CMP, celui-ci n'est qu'un outil réservé au bilan clinique et à l'évaluation du travail musculaire au fur et à mesure des consultations. Il est seulement présent pour contrôler et évaluer le travail personnel de la femme [22].

Cette méthode se décompose ainsi en deux phases.

Une première phase de « *connaissances* », où il s'agit de développer un travail moteur des muscles périnéaux. Ce travail est ciblé sur chaque muscle des 12 zones vaginales travaillées :

- la vulve (avec les muscles de l'espace périnéal superficiel),
- la zone urétrale (avec le sphincter de l'urètre),
- la zone vésico utérine,
- la zone du périnée profond, divisées en trois hamacs : les muscles pubiens (pubo-rectal et pubo-coccygien), le muscle ilio-coccygien et obturateur interne, ainsi que les muscles ischio-coccygiens. Ces 3 dernières zones se divisent elles-mêmes en 3 parties *médiane, droite et gauche*, caractérisant ainsi les 9 zones restantes [20] [21].

La deuxième étape est dite « *phase de maîtrise* », où le thérapeute sert de guide à la patiente. La femme a en effet appris à repérer les moments où elle ressent une pression sur son périnée. Il va alors s'agir de remplacer au fur et à mesure ces sensations de poussées par des « remontées », grâce à plusieurs exercices, et ce, jusqu'à l'automatisme. Cette phase permet également de traiter et de modérer des pathologies dues aux Pressions Thoraco-Abdominales à l'Effort (PTAE) comme les incontinences à l'effort, les colpocèles et prolapsus [22].

3.3 Les modalités [20] [21]

Tout d'abord, le praticien réalise un interrogatoire général de la patiente avec une anamnèse ciblée à la recherche de symptômes génito-urinaires, ano-digestifs et où il la questionne sur ses habitudes de vie (sport, loisirs, profession, habitudes alimentaires, boissons..) ; ce temps est souvent l'occasion de lui rappeler des règles hygiéno-diététiques.

Le professionnel lui explique dans un premier temps le rôle du périnée et les pressions s'exerçant sur cette région au quotidien. Puis, il lui présente, de manière anatomique, le bassin, ses repères osseux, les différents muscles le constituant ; ceci pour une meilleure compréhension du travail à venir. Le praticien met alors en place des visualisations spécifiques à chacune des zones. En effet, quand une patiente contracte volontairement son périnée, elle fait principalement travailler les muscles pubo-rectal, pubo-vaginal, et pubo-coccygien. Elle sollicite très rarement les autres muscles du diaphragme pelvien, du sphincter de l'urètre ou de l'espace périnéal superficiel. Les images utilisées ont alors pour objectif de lui faire différencier et visualiser chaque muscle pour qu'elle le travaille de manière sélective. Cette première étape a donc pour buts d'aboutir à une tonification musculaire mais également à une perception sensitive, nouvelle, de la femme vis-à-vis de son périnée : elle pourra distinguer les différents muscles de son plancher pelvien, et prendre conscience des pressions exercées sur son périnée (lors des efforts par exemple) dans un second temps.

Dans son ouvrage, Mme Trinh Dinh attache beaucoup d'importance au respect du corps de la femme, et y explique les fondements de cette notion :

- Pas d'utilisation d'étriers ;
- La lumière sur la vulve est utilisée seulement pour son observation (donc simplement quelques minutes) ;
- Informer, expliquer à la patiente ce qu'on va faire AVANT de le pratiquer, par exemple pour un TV ;
- Demander à la femme QUAND nous pouvons l'examiner, si elle est prête ;
- Représenter, avec la main non examinatrice quel mouvement nous faisons avec l'autre main, qui procède à un toucher vaginal.

Elle y détaille également l'installation de la femme et du praticien, dont la qualité des résultats, selon elle, va dépendre.

3. 4 L'installation de la patiente et du praticien [20]

Elle conseille ainsi pour la femme d'être allongée en décubitus dorsal :

- les épaules relevées par un oreiller à plat sous les épaules ;
- la tête surélevée par un oreiller mou plié en deux et sous la nuque afin d'éviter une hyperflexion céphalique ou une hyper extension ;
- les genoux relevés avec les pieds joints par la plante des pieds : un genou se trouve posé sur un coussin contre le mur, l'autre sur la cuisse du thérapeute. Les cuisses se retrouvent alors en position d'abduction symétrique et modérée. Le bassin se situe quant à lui en rétroversion.

Une femme bien installée doit alors présenter son arête du nez, sa symphyse pubienne et sa ligne inter plantaire sur une seule ligne droite.

Cette indication permet à la femme de pouvoir vérifier et corriger sa posture si besoin : pour cela, elle bascule ses mains jointes devant le visage, les amène sur le pubis, et relève la tête pour contrôler le bon alignement.



Figure 4 Posture de la patiente

Le praticien, quant à lui, s'assoit aussi sur la table d'examen au niveau des pieds de la patiente :

- les deux ischions sont sur la table et avec les épaules dans le même plan ;

- Les deux pieds peuvent être joints ou non mais ils doivent être bien posés à plat. On peut par exemple s'aider d'une chaise.
- Les genoux, rassemblés ou non, se trouvent sur un plan légèrement surélevé par rapport aux hanches ;
- Le mollet est placé contre la table d'examen pour que la patiente pose sa cuisse sur celle du thérapeute.

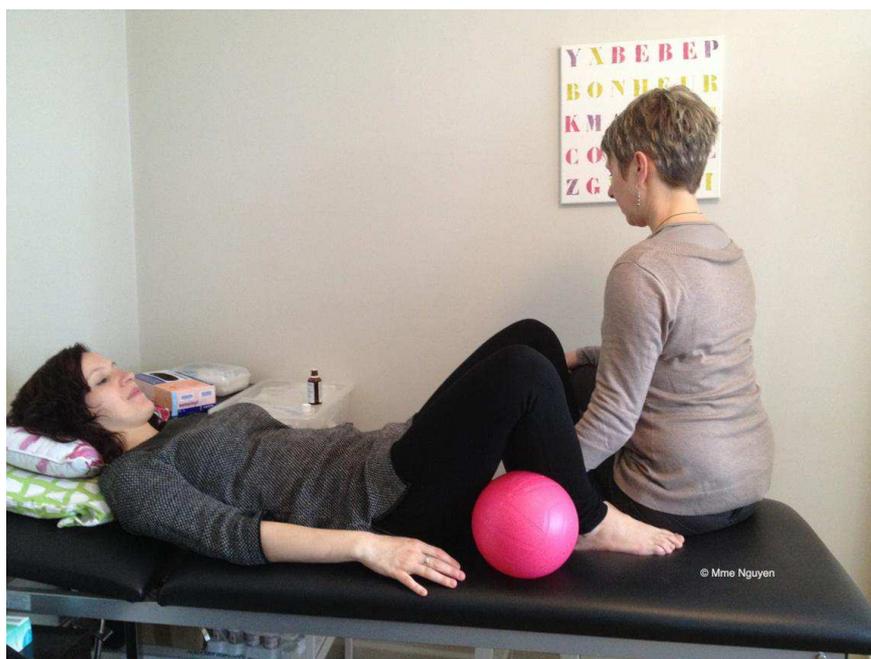


Figure 5 Installation de la femme et du praticien

Les conditions sont alors réunies pour le début de l'examen : positions confortables établies à la fois pour la femme et le praticien, et discrétion vis-à-vis de la femme (le praticien ne se trouve pas face à la patiente, il n'y a pas de lumière braquée sur elle, on place généralement un tissu, comme un paréo, sur elle pour préserver leur pudeur, etc..).

3.5 Une méthode à démarche clinique [20] [21] [22]

Cette méthode se base sur un *questionnaire spécifique*, permettant de repérer des symptômes particuliers (troubles au niveau de la miction, douleurs...), et des signes de « pré-pathologie » ; elle s'appuie aussi sur un *calendrier des habitudes*. Celui ci est réalisé sur une semaine, pour repérer, identifier des comportements « à risque », dans le but de les corriger par la suite : il s'intéresse aussi bien à l'alimentation (trop acide/pigmentée, excitants), qu'à l'élimination, autant

à la récupération (sommeil), qu'à l'aspect psychologique (loisirs, visites). Il permet ainsi aux femmes de réaliser un « autodiagnostic » en les interpellant sur leur quotidien.

Un *bilan de cotations-cliniques* spécifique est ensuite mis en place pour notifier les différents signes cliniques anatomiques et fonctionnels, de pré-pathologies et de pathologies. Il s'attache aux zones uréthro-vésicales, ano-vulvaire, et au diaphragme pelvien. Il est coté deux fois : la première fois lors de la deuxième consultation, et la deuxième fois, à la dernière consultation, pour observer l'évolution. La cotation utilisée est semblable à celle du testing : un score de 0/5 correspond à la moins bonne cotation, 5/5, la meilleure. Des stades spécifiques à la CMP ont été mis en place ; on les nomme les stades « Infra I ». Le stade $\frac{1}{2}$ correspond ainsi à une colpocèle ou un prolapsus en cours d'instauration ; le stade $\frac{1}{4}$, à une mauvaise impression clinique du thérapeute.

Enfin, des *examens complémentaires* comme un pH urinaire, un bilan urodynamique, peuvent être nécessaires pour préciser un diagnostic.

Le diagnostic repose donc sur la clinique grâce au bilan réalisé, et/ou sur les symptômes apportés directement par la patiente et recueillis grâce au questionnaire.

En CMP, la physiologie se définit comme l'absence de pathologie et de pré pathologie. Elle correspond à ce que devrait être « l'état de santé ».

Les pathologies sont, quant à elles, réparties en deux groupes distincts.

Celles de type *anatomique* sont évaluées au repos. Il s'agit alors de béances, d'adhérences para-urétrales, de prolapsus anatomiques. La femme peut décrire une sensation de béance fundique grâce au « signe du bain » (émission d'eau à distance de la sortie du bain), de béance vulvaire avec le « clapotis à la vulve » (bruit à type de clapotis à la marche). L'association des deux peut conduire à l'émission de gaz vaginaux. La femme peut également signaler des troubles mictionnels, une béance du méat urinaire en évoquant une déviation du jet mictionnel, ou encore des troubles ano-digestifs (constipation, incontinence anale).

Celles de type *fonctionnel* sont évalués lors d'un effort : à la toux par exemple. Il s'agit alors de prolapsus fonctionnels, de pesanteurs (définies en CMP comme des pressions thoraco-abdominales pathologiques s'exerçant sur une certaine durée et pas seulement de manière ponctuelle), d'IUE, causées par des PTAE pathologiques. Ces PTAE sont cotées trois fois : au NFC, à la vulve, en subvésical (ou anal) et il suffit que l'une des trois soit pathologique pour entraîner un traitement.

3.6 Les différents exercices utilisés [21]

Cette méthode utilise des représentations mentales pour permettre à la femme de repérer plus facilement les zones qu'elle va travailler : le vagin est alors symbolisé par une « petite grotte » dont l'entrée correspond à la vulve. Elle doit être fermée et non béante, comme après l'accouchement. Le « plafond », représente l'urètre, la vessie, l'utérus et le col ; le « sol » et les « parois », les muscles du diaphragme pelvien du périnée profond. Le thérapeute peut alors utiliser différentes images, avec pour objectif, de ne faire travailler qu'un seul muscle à la fois : le pont-levis, les portes coulissantes, les vagues... Lors de ces exercices, le thérapeute a deux doigts en position intra-vaginale pour contrôler le travail de la femme. Il les replacera en fonction du muscle à travailler, tandis que son autre main mime ce qui se déroule pour une meilleure compréhension. La patiente doit ensuite reproduire à son domicile les exercices travaillés par série de trois ou de cinq, et dans quatre positions : assise, accroupie, debout et allongée. Elle les réalise constamment sur une expiration, en prenant appui sur les visualisations.

3.7 Organisation des séances [21] [22]

La première consultation est entièrement dédiée à la réalisation du questionnaire médical spécifique à la CMP : aucun TV n'est pratiqué. Ce temps est l'occasion pour le thérapeute de présenter la méthode, d'expliquer son fonctionnement, et de remettre à la patiente le *calendrier des habitudes*.

En ce qui concerne les séances suivantes, les exercices sont effectués à l'aide des visualisations et avec un contrôle par TV. Le travail à fournir pour la prochaine séance est prescrit à la fin de chaque examen.

Lors de la dernière consultation, le thérapeute rédige un *compte-rendu évaluatif* et prescrit une hygiène périnéale, selon la sévérité de la pathologie. Il s'agit de permettre à la femme de conserver « l'état de santé » atteint, en entretenant les exercices appris. Leur fréquence peut alors aller d'une fois par trimestre, à plusieurs fois par jour. Un contrôle annuel, ou tous les trois à cinq ans, suivant les cas, peut enfin être proposé.

Deuxième partie

Méthodologie de la recherche et résultats

1. Présentation de l'étude

1.1 Problématique

La rééducation périnéale est un enjeu de santé. L'identification et la mesure de l'impact en termes de prise en charge des risques, à court et long termes, liés à une grossesse et à un accouchement le mettent en relief : douleurs périnéales, dyspareunie, fuites urinaires, incontinences anales, voire des prolapsus, comme nous l'avons vu en première partie. Mise en place au cours de la période du post-partum, la rééducation permet de corriger ces troubles, mais surtout de les prévenir et ainsi, d'empêcher leur apparition. Plus qu'un traitement, la rééducation périnéale s'inscrit alors dans une démarche de prévention et d'éducation en permettant d'aborder cette région périnéale, souvent mal connue des femmes. De nombreuses méthodes ont ainsi été mises en place : manuelle, électrique, biofeedback...mais elles ne correspondent pas toutes aux besoins et aux attentes des femmes.

En effet, de nos jours, une part grandissante des usagers ne se contente plus d'un unique traitement médical. Ils sont à la recherche d'une réelle écoute, d'un soutien de la part des professionnels de santé, avec une envie de participer activement aux soins et, par conséquent, de gagner davantage en autonomie. [23]

Parmi les méthodes proposées, celle par CMP représenterait alors un compromis idéal pour associer démarche médicale et autonomie de la patiente, et ceci, dans le but d'aboutir à un véritable partenariat thérapeutique entre le praticien et la femme. Le praticien est ici considéré comme un « guide », permettant à la femme de se réappropriier son corps, d'apprendre à le connaître, l'écouter, le sentir. Cette méthode intègre donc aussi une démarche d'éducation à la santé. Pourtant, elle semble relativement peu utilisée et répandue.

Forts de ces éléments, nous nous sommes intéressés à la CMP en nous proposant d'évaluer cette méthode par le biais d'un questionnement sur le bénéfice

apporté aux femmes dans le cadre de la rééducation périnéale. Notre question de recherche interroge donc l'efficacité de la méthode :

« Quel est le bénéfice de la méthode *Connaissance et Maîtrise du périnée* dans le cadre de la rééducation périnéale ? »

1.2 Hypothèses

Nos hypothèses de recherche sont les suivantes :

- La CMP permet d'informer les femmes d'un point de vue anatomique et conditionne une connaissance du périnée qui est essentielle pour la plupart d'entre elles.
- Le volet éducatif de la CMP permet aux femmes d'obtenir un degré d'autonomie qui les satisfait.
- La CMP permet une véritable amélioration clinique.

1.3 Objectifs

Notre objectif consiste à établir l'efficacité de la méthode CMP auprès des patientes qui en bénéficient :

- D'un point de vue clinique tout d'abord, par le biais de l'expertise clinique du professionnel,
- Puis d'un point de vue pratique, en évaluant la satisfaction des patientes ayant eu recours à cette méthode.

Il s'agit donc de mettre en avant les points forts et les points faibles de cette méthode, pour mieux la diffuser et la mettre en place auprès des professionnels par la suite.

1. 4 Méthodologie et population étudiée

Une étude prospective a été réalisée sous forme de questionnaire destiné aux femmes rééduquées, et comportant des questions ouvertes et fermées [Annexe 6].

Critères d'inclusion :

L'étude concerne toutes les femmes rééduquées dans le cadre de la rééducation du post-partum : elle s'intéresse aussi bien aux grossesses singletons et

multiples, aux primipares et multipares. Elle inclue les accouchements par voie basse, quelque soit la présentation fœtale, ainsi que les césariennes. Les patientes devaient avoir réalisées l'intégralité de leur rééducation.

Critères d'exclusion :

Le fait de ne pas parler la langue Française est un critère d'exclusion : cette méthode fait appel à une représentation imagée et il est essentiel de la comprendre pour pouvoir la reproduire. D'autre part, un antécédent de pathologie périnéale (comme une IUE, un prolapsus) en dehors de la grossesse est un critère d'exclusion car cette étude s'intéresse à l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le périnée.

L'étude a débuté par un pré-test du questionnaire, auprès d'un échantillon de 5 femmes répondant aux critères d'inclusion. Ce pré-test en a permis une amélioration.

Par la suite, le recrutement de la population d'étude a été réalisé au sein de deux cabinets de sages-femmes libérales du Val de Marne, de mi-juillet 2013 à fin décembre 2013. En effet, à la mi-octobre 2013, en raison du nombre insuffisant de réponses obtenues auprès de la patientèle du premier cabinet, nous avons sollicité une troisième sage-femme libérale, exerçant dans la même ville, dans l'objectif d'augmenter le nombre de réponses obtenues. La passation des questionnaires a été opérée par les sages-femmes qui proposaient aux femmes rééduquées de remplir le questionnaire à la fin de leur dernière séance de rééducation. Il n'y a eu aucun refus de participation. Des relances ont été effectuées deux fois par mois. J'ai également pu assister à une matinée de rééducation début décembre 2013.

Au total, 42 questionnaires ont été récupérés, et traités. La population représente donc 42 femmes rééduquées.

D'autre part, pour évaluer l'évolution clinique, les sages-femmes remplissaient pour chaque femme la feuille de bilan spécifique à la CMP, et la cotaient avant et après la rééducation. Les données permettant d'établir les caractéristiques de la population d'étude étaient recueillies dans les dossiers, grâce au questionnaire spécifique de la CMP.

Les différents résultats obtenus dans cette étude sont analysés par les tests de Student pour données appariées et le test de Mc Nemar, après une étude

descriptive de la population par pourcentages. On considère les résultats significatifs lorsque la valeur p obtenue est inférieure au seuil alpha 5%.

2. Principaux résultats et analyse

2.1 Caractéristiques de la population

Lieux de suivi et d'habitation:

La quasi-totalité des patientes habitait la région du Val de Marne (92,9%) ; une seule provenait de l'Essonne (2.3%), et cet élément n'était pas renseigné pour deux patientes (4.7%).

Âge :

L'âge moyen de ces femmes est de 32 ans +/- 4.9 avec un âge minima à 23 ans et un âge maxima à 44 ans.

Situation maritale :

La majorité des femmes interrogées (59.5%) vivent en couple, 33.3% d'entre elles sont mariées, et 4.8% sont célibataires. Pour l'une d'entre elles, ce renseignement n'est pas donné (2.4%).

Origine géographique :

La grande majorité des femmes interrogées étaient d'origine Française (64.3%).

16.7% venaient d'Afrique noire, 4.8% d'Asie, et 4.8% d'Afrique du Nord. Ce renseignement n'était pas précisé pour 9.5% des patientes.

Profession exercée : (n = nombre de personnes étudiées)

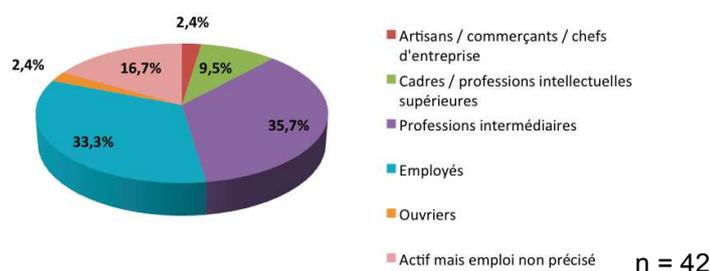


Figure 6 Catégories socio-professionnelles (CSP)

Notre population d'étude a un contexte économique favorable : toutes les femmes ont un emploi. La majorité (69%) exerce une profession intermédiaire ou d'employé. Pour 16,7% des femmes, il est indiqué qu'elles occupent un emploi mais celui-ci n'est pas spécifié. La nomenclature utilisée pour classer les professions est celle de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee) : les catégories socio professionnelles (CSP).

Parité :

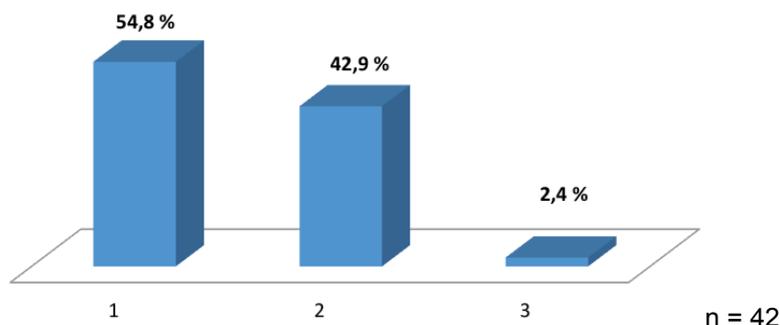


Figure 7 Parité de la population d'étude

La population était principalement constituée de primipares et de 2^{ème} pares ; une seule femme était 3^{ème} pare.

Accouchement :

Le terme moyen d'accouchement, en demi-semaine, est de 39.5 SA. Le terme minimal est de 35SA ; le maximal, de 41,5 SA. Le poids moyen des nouveau-nés est de 3170g +/- 458g.

83,3% des femmes ont accouché par voie basse, 16,7%, par césarienne. Parmi les accouchées par voie basse, 20,0% ont eu une extraction instrumentale.

Issues périnéales :

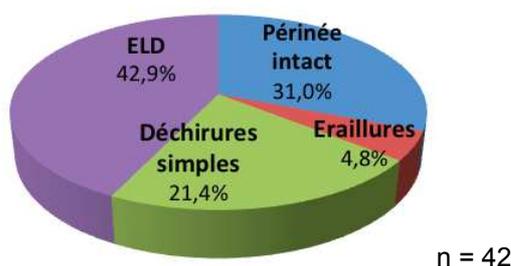


Figure 8 Issues périnéales dans la population d'étude

Parmi les femmes ayant accouchées par voie basse, 51,4% ont eu une ELD, 25,7% une déchirure simple, 17,1% un périnée intact, 5,7% des éraillures.

En tenant compte des femmes césarisées, on aboutit aux résultats généraux suivant : 42,9% d'ELD, 31% de périnée intact, 21,4% de déchirure simple, et 4,8% d'éraillures.

Organisation des séances :

Les patientes ont bénéficié en moyenne de 9 (+/-) séances de rééducation périnéale, sur une période moyenne de 41 +/- 13 jours.

2.2 Les attentes des patientes

Elles sont variées et s'articulent autour de trois axes principaux.

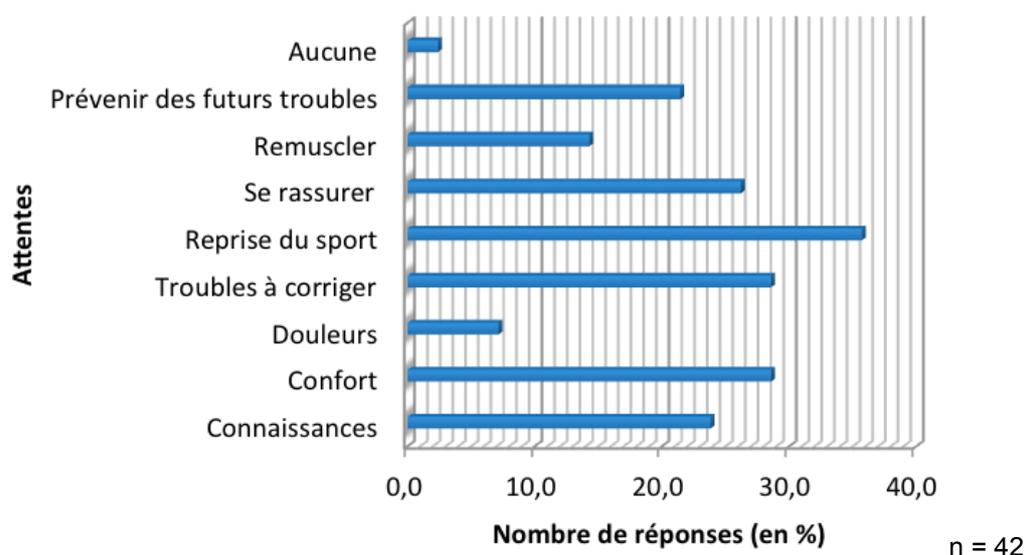


Figure 9 Les attentes des femmes vis à vis de la rééducation périnéale

Au niveau corporel : 35,7% des femmes citent une motivation liée à la reprise du sport, 28,6% signalent la volonté de corriger certains troubles fonctionnels, 14,3% souhaitent remuscler cette zone, et enfin, 7,1% citent des douleurs liées à cette zone.

Au niveau psychologique : 28,6% souhaitent retrouver un certain confort, 26,2% expriment leur besoin d'être rassurée.

Au niveau éducatif : 23,8% expriment une attente vis à vis de nouvelles connaissances, 21,4% évoquent la prévention de futurs troubles éventuels.

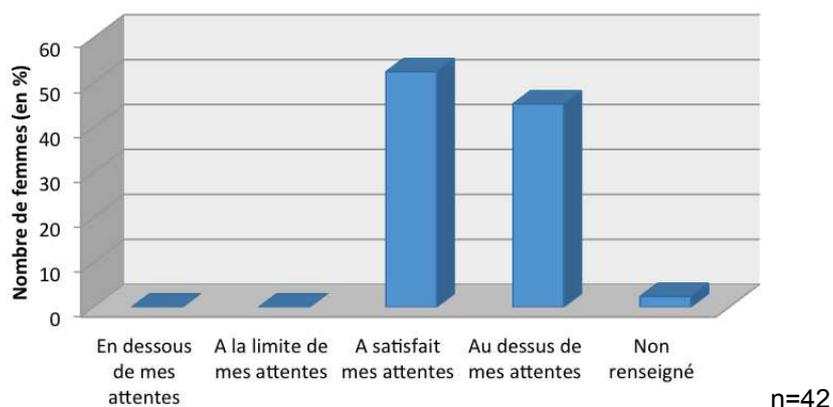


Figure 10 Évaluation de la satisfaction globale des femmes

Toutes les femmes ont estimé que la CMP avait satisfait (52,4%), voire dépassé (45,2%) leurs attentes. Une seule femme n'a pas répondu à cette question car elle n'avait pas énoncé d'attente particulière vis-à-vis de la rééducation. Les patientes attribuent ainsi en moyenne à la CMP une note de 9,1/10.

2.3 Les connaissances des femmes

45,2% des femmes déclaraient savoir avant leur grossesse, ce qu'était le périnée, 23,8% affirmaient également connaître sa localisation et sa fonction. Une seule femme (2,4%) a déclaré ne toujours pas savoir ce qu'était le périnée.

Les grossesses ont permis à 38,1% des patientes de savoir ce qu'était le périnée, à 50% d'apprendre sa localisation et à 47,6% de déterminer sa fonction.

Enfin, la rééducation a été l'occasion : de savoir ce qu'était le périnée pour 14,3% des femmes interrogées, de pouvoir expliquer où il se trouvait pour 26,2% d'entre elles, et de définir sa fonction pour 28,6%.

100% des femmes interrogées estiment ainsi que leur connaissance du périnée s'est améliorée grâce à cette rééducation. 95,2% des femmes disent notamment mieux comprendre les mécanismes de pressions s'exerçant sur le périnée. Pour 81% des patientes, la CMP a permis une meilleure connaissance sur les muscles constituant cette zone. Pour 54,8% des patientes, elle a également

permis de savoir où se situait le périnée. 16,7% évoquent également une diminution des douleurs de cette zone.

2.4 Comparaison avec la méthode précédente

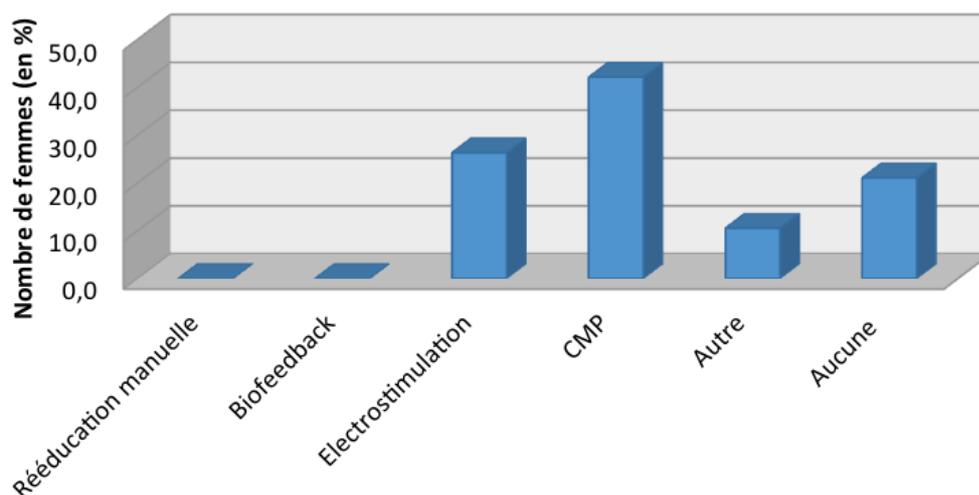


Figure 11 Méthode de rééducation périnéale précédente parmi les multipares

Dans notre population, 35,7% des patientes avaient déjà réalisé une rééducation périnéale auparavant. Il s'agissait, pour la plupart, de la CMP (42,1%). 26,3% avaient déjà été rééduquées par électrostimulation, 10,5% par une association de deux méthodes (soit biofeedback et électrostimulation, soit rééducation manuelle et électrostimulation). Aucune n'avait fait de la rééducation manuelle ou du biofeedback seul. A noter que 21,1% des multipares interrogées n'avaient fait aucune rééducation auparavant.

Il a ensuite été demandé à ces femmes de noter sur 10, d'une part, la méthode dont elles avaient bénéficié la fois précédente, et d'autre part la CMP.

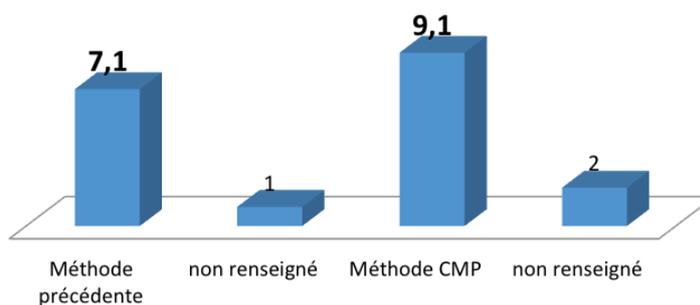


Figure 12 Évaluation des méthodes utilisées par une notation sur 10

En excluant les femmes avec un « antécédent » de CMP, on aboutit aux résultats suivants :

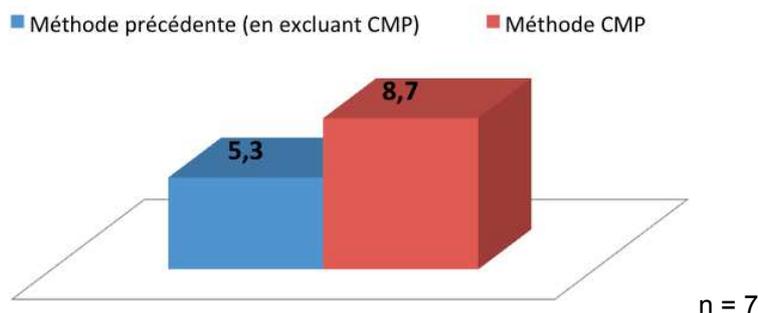


Figure 13 Notation des méthodes sur 10, en excluant les "antécédents de CMP"

Une meilleure note est donc attribuée à la CMP (8,7 vs 5,3). Ce résultat est significatif avec $p = 0,01$ et $IC = [-5,7 ; -1,1]$.

2.5 Les points forts et faibles de la méthode CMP

Il a ensuite été demandé aux femmes de choisir un ou plusieurs adjectifs qualifiant la méthode par CMP, afin de mettre en avant les points forts et les points faibles de cette méthode.

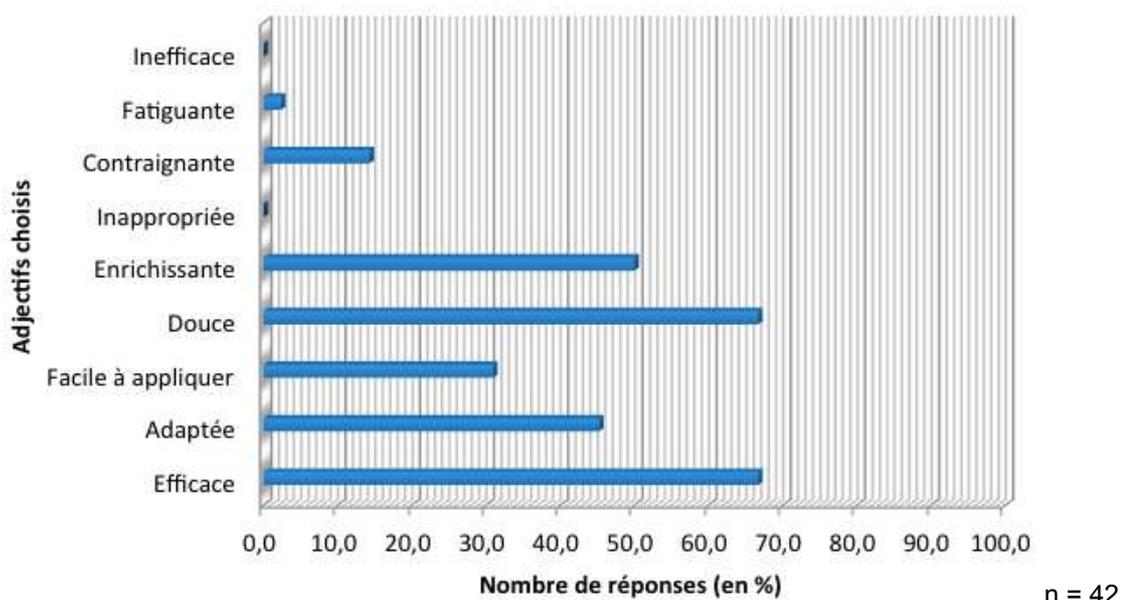


Figure 14 Qualificatifs attribués par les patientes à la CMP

Les femmes ont majoritairement associé des termes positifs à la CMP. Cette méthode a ainsi été considérée comme douce et efficace (66,7%), enrichissante

(50,0%), adaptée (45,2%), et facile à appliquer (31,0%). Aucune femme n'a évalué cette méthode d'inefficace, ou d'inappropriée. Cependant, 14,3% des patientes ont indiqué que cette méthode était contraignante, et 2,4% l'ont trouvée fatigante.

Les patientes semblent, dans l'ensemble, enchantées par cette méthode puisque 97,6% d'entre elles la choisiraient de nouveau à l'avenir. Une seule patiente (2,4%) a indiqué qu'elle hésitait à y avoir recours dans le futur.

De même, 97,6% des femmes disent avoir l'intention de poursuivre les exercices qu'elles ont appris pendant les séances. Une seule patiente a répondu négativement en invoquant le manque de temps et d'imagination.

2.6 Evaluation clinique

2.6.1 Par les femmes

52,4% des femmes interrogées ont déclaré avoir été gênées par des fuites urinaires pendant la grossesse ou en post-partum. 95,5% d'entre elles estiment que ces fuites urinaires ont diminué suite à la rééducation.

71,4% des patientes avaient repris les rapports sexuels au début de la rééducation. Parmi elles, 66,7% ont noté une amélioration des sensations depuis la rééducation. Pour 33,3% des femmes n'ayant pas repris les rapports, la rééducation a toutefois permis de retrouver une intimité au sein de leur couple. 33,3% des femmes concernées par cette question n'y ont pas répondu.

2.6.2 Par les sages-femmes

De manière générale, lorsque la cotation se faisait sur 5, le résultat était considéré « satisfaisant » s'il était supérieur ou égal à 4. Lorsque la cotation se faisait sur 3, le résultat était considéré satisfaisant s'il était supérieur ou égal à 2. Nous avons ainsi pu constater l'évolution clinique.

Voici les principaux résultats :

Aucune colpocèle, aucun prolapsus n'a été mis en évidence chez les femmes suivies.

Concernant les béances vulvaires, 95,2% des patientes avaient un score jugé satisfaisant : 80,9% sans béance vulvaire (score =5); 14,3% avec une béance faible

(score = 4). Toutefois, une femme (2,4%) avait une béance modérée (score = 3); et une autre, une béance d'1cm (score = 2). En fin de rééducation, ces deux patientes ont amélioré leur score d'un niveau.

Il n'y a pas eu de béance anale constatée dans la population d'étude.

Nous avons ensuite cherché à déterminer si, au niveau clinique, les professionnelles percevaient un réel changement après la rééducation. Les résultats sont décrits dans le tableau de contingence ci dessous. (nr ou NR = nombre de personnes pour lesquelles la cotation n'était pas renseignée)

	EFFICACITÉ CLINIQUE		TEST Mc Nemar
	Après la rééducation score < 4	Après la rééducation score ≥ 4	
Exercice du Pont-Levis			
Vulve: score < 4	1	31	p = 7.2 x 10-8 Q= 29
Vulve: score ≥ 4	0	10	
Exercice Herse			
Vulve: score < 4	4	26	p = 9.4 x 10-7 Q= 24
Vulve: score ≥ 4	0	12	
Exercice Concentrique Aspirée			
Vulve: score < 4	3	23	p = 4.5 x 10-6 Q= 21
Vulve: score ≥ 4	0	16	
Exercice petit élan			
Contraction sphincter urétral, score < 4	5	29	p = 1.9 x 10-7 Q= 27
Contraction sphincter Urétral, score ≥ 4 nr = 1	0	7	
PTAE subvésicales, score < 4	4	5	p = 0.07 Q= 3.2
PTAE subvésicales, score ≥ 4 nr = 2	0	31	
PTAE anales, score < 4	0	1	p = 1
PTAE anales, score ≥ 4 nr = 9	0	32	
Exercice grand élan			
Remontée vessie: score < 4	6	32	p = 4.2 x 10-8 Q= 30
Remontée vessie: score ≥ 4	0	4	
	score < 2	score ≥ 2	
Aspiration vulve < 2	2	13	p = 8.7 x 10-4 Q = 11
Aspiration vulve ≥ 2 nr = 1	0	26	
Concentrique à l'anus			
Anus souffle: score < 2	0	6	p = 0.07 Q = 3.2
Anus souffle: score ≥ 2	0	36	
Remontée paroi vaginale postérieure			
Anus souffle: score < 2	1	4	p = 0.13 Q = 2.25
Anus souffle: score ≥ 2 nr = 2	0	35	

Tableau 1 Évaluation clinique : évolution des scores avant et après RP

On constate ainsi une amélioration significative du score attribué, au seuil d'erreur de 5%, pour les exercices suivants : Le testing à la vulve (le pont-levis, la herse, la concentrique aspirée), l'aspiration de la vulve, la contraction du sphincter urétral, la remontée de la vessie.

Nous nous sommes ensuite attachés plus précisément aux 4 cotations, pour qui une différence significative n'avait pas été mise en évidence : les PTAE subvésicales, anales, la concentrique à l'anus, ainsi que la remontée de la paroi vaginale. Pour chacun, nous avons observé l'évolution score par score, avant et après RP.

PTAE subvésicales :

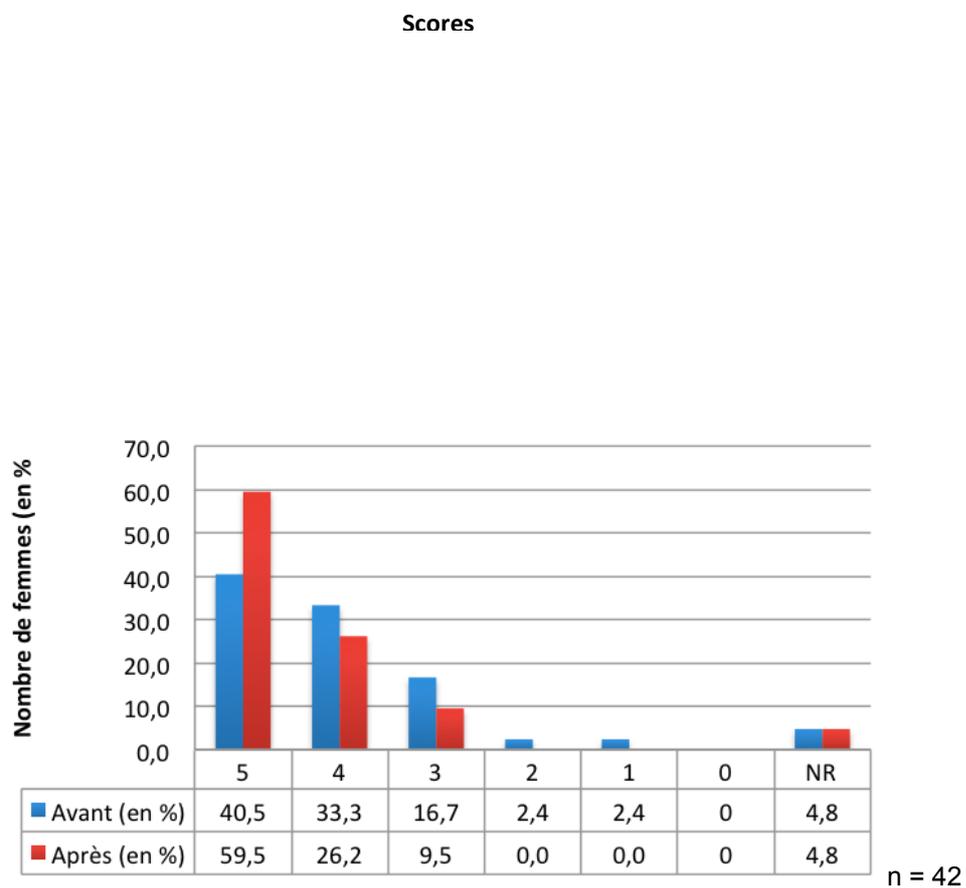


Figure 15 Évolution des scores pour les PTAE subvésicales

On constate une large progression des patientes obtenant un score égal à 5 (+19%) ainsi qu'une disparition des scores 1 et 2 après la rééducation.

PTAE anales :

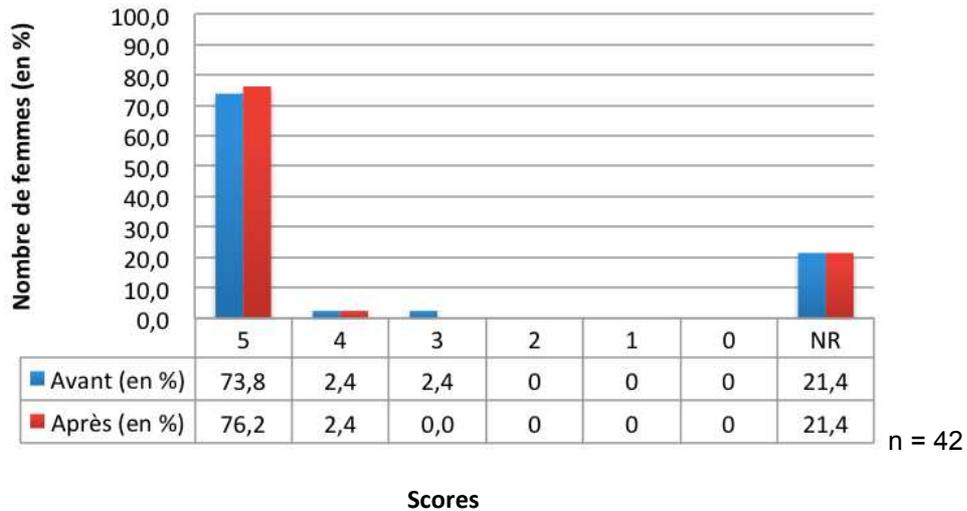


Figure 16 Évolution des scores pour les PTAE anales

On observe une faible augmentation du nombre de femmes avec un score de 5 en fin de RP, et une disparition du nombre de femmes avec un score de 3. On ne retrouve pas de pression au niveau anal avant la RP chez la grande majorité des femmes (73,8%). L'examen des PTAE anales n'était toutefois pas précisé pour 9 patientes (21,4%).

Concentrique à l'anus :

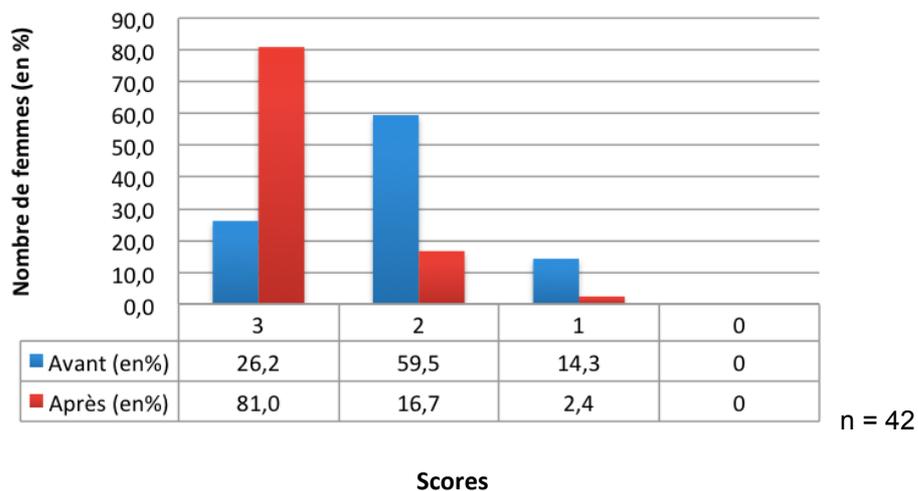


Figure 17 Évolution des scores pour la concentrique à l'anus

De nouveau, on note une forte augmentation (+ 54,8%) du meilleur score après la RP : la majorité des femmes perçoit ainsi nettement le sphincter anal en fin de RP.

Remontée de la paroi vaginale postérieure :

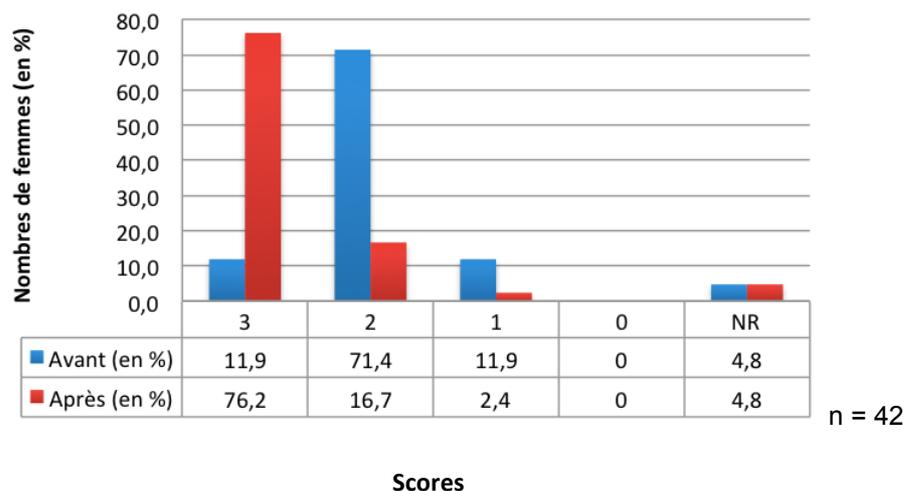


Figure 18 Évolution des scores pour la remontée de la paroi vaginale postérieure

Il en est de même pour cet exercice : on constate une baisse majeure des femmes ayant un score de 2/3, au profit du score de 3/3 en fin de RP. 76,2% des femmes obtiennent ainsi le score maximal suite à la RP, alors qu'elles étaient à peine 12% à l'atteindre, avant d'entamer la RP.

En conclusion pour ces exercices, même si leurs scores ne sont pas significativement différents avant et après RP, on constate une large progression vers le score maximal en fin de RP. De même, on observe une disparition des scores < 3 pour les exercices notés sur 5.

Troisième partie

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Cette étude a été réalisée de manière prospective : elle s'intéresse à la fois au regard et à la satisfaction des patientes mais aussi à l'évaluation clinique du praticien. Très peu de travaux relatifs à cette méthode ont été publiés, ce qui lui confère un caractère original et novateur. Il interroge une pratique spécifique des sages-femmes dans le domaine de la périnéologie, mettant en valeur la satisfaction des usagères qui en bénéficient. Même si la série de patientes recrutées est faible, il est à noter qu'elle correspond à l'ensemble des femmes rééduquées par cette méthode, sur la période d'étude et dans ces cabinets, étant donné qu'il n'y a eu aucun refus de participation.

L'étude a été réalisée dans deux cabinets pour lesquels la population étudiée est homogène : les femmes parlaient toutes le Français, elles étaient issues très majoritairement du Val de Marne et leur contexte socio-économique était plutôt favorable. Cet échantillon n'est donc pas représentatif du panel des usagères qui a été interrogé par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques (DREES) lors de l'enquête sur la satisfaction à l'égard du suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement [24]. Il existe donc un biais de recrutement.

D'autre part, les données caractérisant la population étant recueillies sur dossiers, certains éléments n'étaient pas renseignés pour toutes les patientes. C'est le cas de l'IMC, qui n'a pas pu être exploité dans cette étude.

Par ailleurs, certaines questions demandées faisaient appel aux souvenirs des participantes : expérience d'une méthode précédente, sensations avant la rééducation périnéale...ce qui peut constituer un biais de mémorisation. Le questionnaire étant délivré à la dernière séance de rééducation, il ne prend donc pas en compte les femmes ayant abandonné la rééducation.

Enfin, cette méthode de rééducation repose principalement sur l'implication du praticien, son soutien et sa présence, variable d'un professionnel à l'autre. Le bilan réalisé est, quant à lui, évalué de manière clinique, faisant également appel aux impressions subjectives du praticien.

2. Evaluation de la CMP par les patientes

HYPOTHESE 1 : La CMP permet d'informer les patientes d'un point de vue anatomique et conditionne une connaissance du périnée qui est essentielle pour la plupart des patientes.

HYPOTHESE 2 : Le volet éducatif de la CMP permet aux femmes d'obtenir un degré d'autonomie qui les satisfait.

2.1 Un apport de connaissances

Lors de notre étude, nous avons remarqué une amélioration de la connaissance du périnée chez l'intégralité des patientes. Cet apport a été constaté à la fois sur le plan anatomique (apprentissage au niveau de la localisation du périnée pour 54,8% des patientes et des muscles le constituant pour 81% d'entre elles) et sur le plan fonctionnel (PTAE pour 95,2%), constituant les deux phases de la méthode CMP. Cette évaluation par les femmes permet de conjecturer sur l'intégration des informations par le praticien. Elles sont ainsi la moitié à qualifier la méthode d'enrichissante.

Néanmoins, ces résultats sont à pondérer puisque au titre d'un questionnaire sur la satisfaction, l'étude se base sur l'estimation des femmes de leur niveau de connaissance et non sur une évaluation vraie, en mesurant un écart par rapport à une définition établie du périnée : nous ne pouvons donc pas évaluer si leurs connaissances sont correctes ou erronées.

En ce sens, une enquête réalisée en 2005 auprès de 154 nullipares pendant la grossesse apparaît particulièrement pertinente : elle avait pour but d'évaluer le savoir de ces femmes à propos du périnée grâce à l'établissement d'un score, en leur posant des questions ciblées d'ordre anatomique et fonctionnel. Il a ainsi été mis en évidence une connaissance imparfaite de cette région : 50,6% des femmes

interrogées avaient un score correspondant à une méconnaissance partielle ou totale de leur périnée sur le plan anatomique, et 14,3% d'entre elles seulement en avaient une vision précise. Cette étude met alors l'accent sur l'importance attribuée au professionnel de santé qui suit la patiente et, par conséquent, qui délivre ces informations : la sage-femme y était ainsi citée comme principale source d'informations à ce sujet. [25]

Ceci rejoint certains résultats de notre étude où une minorité de femmes déclarait connaître le terme « périnée » avant la (les) grossesse (s), sa localisation ou même sa fonction. Les périodes de la grossesse et de la rééducation représentent alors l'occasion, pour la plupart d'entre elles, de découvrir cette partie de leur corps. De ce fait, la sage-femme est située au cœur de cette « éducation » puisqu'elle pratique la surveillance de la grossesse, de la période post-natale, ou encore le suivi gynécologique de prévention : autant de moments propices pour sensibiliser les femmes à cette région particulière, et leur apporter ces informations [Annexe 2].

D'autre part, dans notre étude, l'apport de connaissances est envisagé comme une attente des patientes, dans le cadre de la rééducation, dans seulement 23,8% des cas. Nous ne pouvons donc pas considérer ce facteur comme essentiel pour les femmes de notre étude.

Ce faible taux peut notamment s'expliquer par le fait que de nombreuses femmes considèrent qu'elles ont déjà « acquis » ces connaissances, avant ou au cours de la grossesse : il en est ainsi pour 83,3% des femmes en ce qui concerne la signification du terme « périnée », pour 73,8% des femmes sur la localisation du périnée, et pour 71,4% des femmes à propos des fonctions périnéales.

Tous ces éléments nous permettent donc de valider partiellement la première hypothèse : il semble que la connaissance anatomique du périnée, même si elle ne constitue pas une attente majeure des patientes vis à vis de la rééducation périnéale, se trouve améliorée après la rééducation périnéale, selon les femmes. Il serait toutefois nécessaire, pour confirmer entièrement cette hypothèse, d'interroger les femmes avec des questions ouvertes pour mieux évaluer leur niveau de connaissances, et de comparer leurs réponses à un autre groupe de femmes, rééduquées par une méthode autre que la CMP.

2.2 Satisfaction des patientes

Il apparaît que les patientes ont été très satisfaites de leur rééducation périnéale. A travers la note et les adjectifs qu'elles lui attribuent, nous pouvons en déduire qu'il s'agit d'une expérience très positive pour la grande majorité d'entre elles. De plus, chez les multipares, cette méthode semblait être plus appréciée que celle ayant été employée précédemment.

Plusieurs hypothèses peuvent permettre d'expliquer ce résultat.

Le périnée est une zone intime, sensible, du corps féminin, relativement peu investie par les femmes, en dehors de la rééducation. Or, cette région est particulièrement exposée pendant la grossesse et l'accouchement : regards, examens... La CMP est justement pratiquée dans le plus grand respect du corps de la femme : en séance individuelle, la femme est installée confortablement, ce qui expliquerait pourquoi 66,7% des femmes la qualifient de « méthode douce, non invasive ». Les séances peuvent, en conséquence, représenter un moment privilégié, où les femmes vont se réapproprier peu à peu leur corps, leur périnée.

Par ailleurs, il s'agit d'une méthode active et personnalisée, qui sollicite à la fois, la participation de la patiente avec des exercices pendant et hors séances, et la présence du praticien en continu durant la séance. Au cours des séances, elle ne se retrouve pas seule, « face à son périnée », comme cela peut être le cas pour d'autres méthodes (l'électrostimulation, par exemple) : le professionnel est ici nécessairement impliqué physiquement et investi dans la rééducation de la patiente. Au delà de l'aspect clinique, les consultations sont alors l'occasion pour les femmes d'exprimer leur vécu de l'accouchement, des suites de couches, ou encore leurs inquiétudes. 26,2% des femmes de l'étude cherchent ainsi à « être rassurées », reprendre confiance, grâce à ces séances qui peuvent leur permettre de poser librement leurs questions à propos de nombreux sujets : la reprise de la sexualité, la contraception, l'allaitement, le rôle du père... Les séances deviennent alors un véritable espace de parole [26].

De même, 66,7% de la population d'étude la considèrent comme « efficace » : les patientes constatent donc un réel bénéfice à la réaliser.

L'adhésion est alors quasi totale : la CMP a répondu aux attentes de toutes les femmes qui en avaient. Cependant, leurs attentes ne sont pas le reflet des

objectifs principaux de la rééducation périnéale : peu de femmes citent des « douleurs » à apaiser (7,1%) et une minorité souhaite « remuscler » cette région (14,3%).

Autre constat positif : 97,6% d'entre elles sont prêtes à renouveler cette rééducation, si besoin. Il est à noter que de nombreuses multipares avaient déjà eu recours à cette méthode pour leur rééducation précédente. La seule femme ayant répondu négativement à cette question invoque le manque de temps et le manque d'imagination. En effet, cette méthode se heurte principalement à ces deux difficultés : pour certaines femmes, la visualisation constitue un obstacle, elles ont alors du mal à « être dans l'image », et par conséquent, à réaliser les exercices. De plus, cette méthode nécessite un travail personnel régulier et important entre chaque séance, elle peut se révéler trop contraignante et difficile à mettre en œuvre au quotidien pour certaines femmes. Ce résultat se confirme avec notre étude : seulement 31% des femmes interrogées considèrent ainsi que la méthode est « facile à appliquer ».

2.3 La CMP, un outil pour autonomiser les patientes

La CMP a pour principal objectif d' « éduquer » la patiente, pour qu'elle puisse reproduire seule les exercices appris et les intégrer dans son quotidien : 97,6% des patientes interrogées en fin de rééducation ont, en ce sens, déclaré qu'elles envisageaient de continuer les exercices appris après leur rééducation. Cette réponse indique qu'elles estiment donc être en capacité de renouveler ces exercices, seules, en totale autonomie, sans l'aide de leur thérapeute. Cet accompagnement vers l'autonomie des patientes est un axe fort de la méthode qui s'inscrit parfaitement dans les valeurs éthiques des sages-femmes, à savoir : soutenir, prévenir, informer, apprendre, pour autonomiser et garantir à la femme, une meilleure santé, telle qu'elle est définie par l'OMS ¹.

Néanmoins, cette question reflète uniquement une intention et il serait intéressant d'interroger les patientes une nouvelle fois, plus à distance de la rééducation, pour évaluer si elles continuent à réaliser réellement ces exercices, et les raisons invoquées, dans le cas contraire.

1 Définition accessible sur <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

La deuxième hypothèse semble donc être confirmée : la CMP satisfait les femmes, en répondant à leurs attentes d'une part, et en leur conférant une autonomie leur permettant de participer activement à leur rééducation et de poursuivre les exercices appris, d'autre part.

3. Évaluation par les sages-femmes

HYPOTHESE 3 : La CMP permet une véritable amélioration clinique.

À travers notre étude, nous avons pu mettre en avant une amélioration clinique par le biais d'expertises cliniques de professionnelles. En ce qui concerne les exercices pour lesquels l'amélioration n'est pas significative, on constate que leurs scores étaient déjà élevés, donc satisfaisants, avant d'effectuer la RP. De plus, on a observé pour ces exercices une forte progression vers le score le plus élevé en fin de RP : une évolution a donc quand même été constatée. Ceci rejoint les impressions cliniques des femmes : 95,5% de celles qui avaient des fuites urinaires ont la sensation qu'elles ont diminué en fin de RP.

Par ailleurs, parmi les trois professionnelles ayant participé à l'étude, une seule était formée aux deux niveaux de la méthode. Or, la formation au niveau 2 permet de faire percevoir et de corriger les PTAE des femmes. On aurait donc pu s'attendre à ce qu'une minorité d'entre elles dise mieux comprendre les mécanismes de pressions qui s'exercent sur le périnée grâce à cette rééducation. Pourtant, 95,2% des patientes déclarent mieux les appréhender. Quelque soit le niveau de formation, les sages-femmes ont donc réussi à sensibiliser les femmes à ces pressions.

En ce qui concerne la littérature, elle est très « pauvre » à propos de cette méthode : une seule étude a été retrouvée concernant l'évaluation de la CMP [27], réalisée, comme pour notre étude, dans le cadre du bilan post-natal. Le *testing* a ainsi été évalué sur chaque muscle du releveur de l'anus avant et après rééducation : les cotations ont augmenté sur chacun d'entre eux, excepté dans le cas de lésions très importantes. Au niveau des prolapsus retrouvés, l'étude montre également une amélioration globale : ils deviennent « faibles » (score= 3) ou disparaissent quasiment (score= 4), voire, entièrement (score= 5). Les cotations ont aussi progressé pour les PTAE subvésicales, et les PTAE anales. Ces résultats

positifs sont néanmoins à pondérer puisque l'étude a été réalisée par l'auteure même de la méthode et sur un faible échantillon, auprès d'une centaine de femmes (grade C).

Notre étude permet donc de valider partiellement la troisième hypothèse : bien que nous ayons observé une évolution positive pour la totalité des exercices étudiés, nous avons pu mettre en évidence une amélioration significative que pour certains d'entre eux.

4. Perspectives d'amélioration et propositions

4.1 Une méthode amenée à être diffusée

Au total, depuis 1994, ce sont 2 272 professionnels qui se sont formés à cette méthode ¹. En France, la formation est principalement réalisée par des sages-femmes, seulement 76 kinésithérapeutes ont suivi cette formation (3,3%). On s'aperçoit que la grande majorité d'entre elles exercent en cabinet : 63% et 83% des praticiennes, respectivement formées au niveau 1 et 2, ont un statut libéral ¹. Cette pratique intéresse donc plus les sages-femmes exerçant dans le secteur libéral.

Ce résultat semble en adéquation avec les organisations de travail actuelles : la rééducation périnéale est, en effet, principalement réalisée en cabinet et très peu au sein de la structure hospitalière [28]. Il semble alors naturel que les sages-femmes effectuant le plus cette activité, s'y forment davantage. Or, d'ici à 2030, on estime qu'une sage-femme sur trois exercera en libéral [28] : cette méthode est donc amenée à être plus largement diffusée et employée.

4.2 Limites de cette formation

Au regard des résultats cliniques obtenus et de la satisfaction des femmes vis à vis de cette méthode, on peut donc se demander pour quelles raisons il n'y a pas plus de professionnels formés.

Plusieurs hypothèses peuvent être mises en avant.

¹ Valeurs communiquées par l'institut « Naissance & Formations »

Tout d'abord, cette méthode intéresse particulièrement les sages-femmes du secteur libéral, comme nous l'avons décrit précédemment. Cependant, ce mode d'exercice représente, à l'heure actuelle, une minorité des sages-femmes en activité : 12% d'entre elles sont en libéral ¹. Sur l'ensemble de la profession, il semble donc que peu de sages-femmes soient formées à cette méthode.

De plus, cette méthode nécessite une formation supplémentaire, longue (16 journées au total pour la formation complète) et onéreuse : de 196 euros (en cas d'inscription personnelle) à 275 euros (en cas de formation continue) la journée de formation, soit un total de 3136 à 4400 euros pour une formation complète. Il s'agit donc d'une démarche personnelle, qui peut ne pas être accessible à tous. Une prise en charge est toutefois possible par le Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL), ou par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC), respectivement à hauteur de 480 euros et 1375 euros pour l'année 2014 ².

Ensuite, cette méthode de rééducation fait appel à de grandes capacités relationnelles et pédagogiques, propres à chaque praticien, ainsi qu'à des facultés d'adaptation et de concentration de sa part : guidant en permanence la femme, il est « aussi actif » qu'elle.

De plus, la CMP a recours à une approche imagée, qui peut ne pas correspondre à la fois à la patiente, mais aussi, aux méthodes de travail du thérapeute.

Enfin, cette méthode n'a pas été évaluée scientifiquement, et son efficacité clinique n'a donc pas été prouvée et établie, scientifiquement. Or, il apparaît que cette méthode est utilisée de façon conséquente dans le secteur libéral : il est donc essentiel qu'elle soit évaluée, sur le court, moyen et le long terme, et également par le biais d'essais cliniques comparatifs.

4.3 Le rôle de la sage-femme

La rééducation périnéale fait partie de la liste des actes autorisés à être réalisée par la sage-femme. Dans le cadre du post-partum, elle peut donc constituer le seul intervenant pour la rééducation de cette zone, et, par conséquent, représenter le professionnel de première ligne au niveau du dépistage, en diagnostiquant des

¹ D'après le recensement de 2010 du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, disponible sur : www.ordre-sages-femmes.fr/

² Valeurs communiquées par l'institut « Naissance & Formations »

pathologies. En France, la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes figure ainsi comme une priorité de santé publique : on estime qu'aujourd'hui, une femme française sur trois de plus de 70 ans est touchée par l'incontinence urinaire [29] [30]. Or, la prise en charge de telle pathologie a un coût considérable : plus de 3,5 milliards d'euros par an, soit 2-2,5% des dépenses totales de santé ! [31]

De plus, en faisant le suivi de la grossesse physiologique et le suivi gynécologique, nous avons mis en évidence que la sage-femme tenait une place fondamentale dans l'information anatomique et fonctionnelle de cette région, mais aussi sur l'information liée à la RP. Dans l'étude de la DRESS de 2006, 33% des femmes interrogées se déclarent ainsi « plutôt pas » ou « pas du tout satisfaites » des informations en rapport avec la rééducation périnéale. Elles sont alors près de quatre femmes sur dix à regretter d'avoir mal été préparées aux troubles éventuels du post-partum [24].

4.4 Propositions

Afin d'améliorer la connaissance des femmes et de promouvoir la méthode CMP, nous avons imaginé plusieurs propositions.

4.4.1 Informer et éduquer les femmes

Tout d'abord, il faudrait sensibiliser davantage les femmes à la région périnéale, en leur dispensant des informations sur sa structure, sa localisation et ses fonctions. Tout ceci pour mieux leur faire comprendre l'importance de cette région et éviter qu'elles la découvrent seulement au moment de la rééducation. Il s'agit donc ici d'une véritable démarche d'éducation.

Pour ce faire, les professionnels peuvent notamment s'aider de plusieurs outils. Les planches anatomiques leur permettront, par exemple, de présenter aux femmes le périnée, de manière schématique et simplifiée. Les modèles anatomiques du périnée peuvent aussi permettre une meilleure visualisation de cette région.

Le périnée pourrait alors être abordé à plusieurs reprises :

- dès l'adolescence, lors des séances d'éducation à la sexualité au collège par exemple ;

- lors du suivi gynécologique habituel, avant le premier TV par exemple ;
- lors du suivi de grossesse : de manière individuelle, au moment des examens cliniques ; et en collectivité, au moment des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- en maternité : au moment de l'accouchement, pendant le travail, suivant son déroulement, et en suites de couche ;
- au moment de la rééducation périnéale : il devrait alors principalement s'agir de rappels.

Le massage du périnée pendant la grossesse, et en post-partum, peut aussi permettre une véritable prise de conscience de cette région puisqu'il s'agit d'un automassage : la femme perçoit alors directement les muscles de cette région, ainsi que leur contraction [32].

Par ailleurs, nous avons imaginé la création d'une brochure d'informations, destinées aux femmes et mises à leur disposition en cabinets (sages-femmes, gynécologues / obstétriciens, médecins généralistes, kinésithérapeutes), en maternité, et en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cette brochure présenterait le périnée de manière anatomique, grâce à un schéma, expliquerait brièvement ses fonctions et les modalités de la rééducation.

4.4.2 Evaluer la CMP pour mieux la diffuser

Concernant la méthode CMP, la promotion de celle ci doit avant tout passer par son évaluation, qui lui permettra alors d'être reconnue, validée, au niveau scientifique, de démontrer son efficacité, et d'être plus largement diffusée, en France et à l'étranger.

En effet, cette méthode commence à s'introduire à l'étranger : principalement dans les pays limitrophes, étant donné que la formation n'est dispensée qu'en France. C'est en Suisse que le nombre de professionnels formés est le plus élevé, 38 au total, suivie de la Belgique, avec 29 praticiennes formées. 14 praticiens le sont ensuite dans d'autres pays : en Angleterre, Autriche, Canada, Principauté d'Andorre¹. Il s'agit alors surtout de sages-femmes françaises expatriées.

¹ Valeurs communiquées par l'institut « Naissance & Formations »

Pour réduire au maximum les principaux biais des études futures, on pourrait imaginer :

- un échantillon avec un large effectif pour augmenter la puissance de l'étude : notre étude serait réalisée à l'échelle nationale, auprès de toutes les patientes bénéficiant de la CMP ;
- à propos de l'évaluation clinique, que ce soit toujours une seule et même personne qui effectue le bilan, et que sa pratique de la CMP soit suffisante pour lui conférer une expertise clinique, réduisant ainsi le biais lié à la subjectivité du praticien ;
- La réalisation d'études comparatives avec d'autres méthodes, permettant de mettre en évidence l'efficacité de la méthode.

Actuellement, un site internet officiel est dédié à cette méthode ¹, accessible à la fois aux praticiennes (explication de la formation, modalités d'inscription, publications) et aux femmes (description de la méthode, liste des praticiens formés).

L'ensemble de ces résultats nous a confortés dans notre idée d'éducation et de promotion autour du périnée. C'est la raison pour laquelle nous avons conçu une planche d'informations destinée aux femmes, et pouvant servir de support pédagogique aux professionnels pour les explications anatomiques du périnée et pour les modalités particulières liées à la RP en post-partum [Annexe 6].

1

<http://www.institutnaissanceetformations.fr>

Conclusion

En conclusion, la rééducation périnéale est un concept apparu relativement récemment en France et principalement réalisée en cabinet. Parmi différentes méthodes, de nombreux professionnels, exerçant en libéral, se sont formés à la « Connaissance et Maîtrise du Périnée ».

D'après notre étude, cette méthode paraît répondre aux attentes des femmes vis à vis de la rééducation et semble leur apporter, ou améliorer, leurs connaissances du périnée. De même, elle leur permet de participer de manière active à leur rééducation et ainsi, d'accéder à une autonomie, notion de plus en plus revendiquée de nos jours par les patient(e)s. Au niveau clinique, notre étude met en évidence une amélioration relative : même si les scores de tous les exercices étudiés ne se sont pas améliorés de manière significative, nous avons tout de même pu observer une forte évolution vers le meilleur score pour chacun d'entre eux.

La sage-femme tient une place primordiale à ce sujet auprès des femmes : la grossesse et le post-partum semblent, en effet, être des moments propices pour aborder la région périnéale, largement sollicitée lors de ces périodes. Il est alors de son ressort d'informer, d'« éduquer » la patiente sur cette zone périnéale, aussi bien sur le plan anatomique que sur le plan fonctionnel, puis de la rééduquer si nécessaire. Plus qu'un rôle d'information, elle permet aussi d'agir au niveau de la prévention : la relation entre grossesse et incontinence urinaire féminine n'est, par exemple, plus à démontrer [30]. La rééducation s'inscrit donc dans une véritable démarche de santé publique pour l'amélioration de la santé des femmes et la réduction des coûts pour la société.

Pour finir, la médecine que l'on pratique se fonde sur les « preuves », dans le but de délivrer au patient les meilleurs soins, en rapport avec les données actuelles les plus probantes. Dans ce climat, il est donc nécessaire et indispensable que la CMP soit soumise à des évaluations, pour être validée par des démarches objectives et de recherche scientifique, mais aussi pour être mieux reconnue et promue au sein de la communauté médicale.

Bibliographie

- [1] KAMINA, P., DEMONDION, X., RICHER, JP., SCEPI, M., FAURE, JP., Anatomie clinique de l'appareil génital féminin, *Encyclopédie médico-chirurgicale, Gynécologie* Editions Elsevier, Paris, 10-A-10, 2003, 28p.
- [2] VARDON, D., REINBOLD, D., DREYFUS, M., Episiotomies et déchirures obstétricales récentes, *EMC Techniques chirurgicales- Gynécologie*, 2013, 8(1) :1-16 [Article 41-897] consulté le 01/10/13
- [3] FABRE-CLERGUE, C., *Pourquoi et comment parler du périnée à une femme enceinte?* , D.U de Statique Pelvienne et uro-dynamique, CHU Nîmes-Montpellier, 2006, 150p.
- [4] PARANT, O., REME, JM., MONROZIES, X., Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Obstétrique*, Editions Elsevier, Paris, 5-078-A-10, 1999, 9p.
- [5] AMBLARD, J., FATTON, B., SAVARY, D., JACQUETIN, B., *Examen clinique et classification du prolapsus génital*, 31^{èmes} journées nationales du CNGOF, 31, 2007, 205-228.
- [6] SCHAAL, JP., CERES, C., HOFFMANN, P., Premiers pas en Gynécologie Obstétrique, *Gynécologie Obstétrique en Urgence*, 2009, p.96
- [7] RCGO, Management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery, RCGO Guideline n°29, Londres, 2001.
- [8] NORTON, C., CHRISTIANSEN, J., BUTLER, U., HARARI, D., NELSON, RL., PEMBERTON, J., et al Anal Incontinence, In: ABRAMS, P., CARDOZO, L., KHOURY, S., WEIN, A., editors. *Incontinence*. Plymouth: Health Publication; 2002, 985-1044

- [9] AYTAN, H., TAPISIZ, OL., TUNCAY, G., AVSAR, FA., Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005, 121, 46-50.
- [10] FRITEL, X., Périnée et grossesse, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38, Editions Elsevier Masson, 2010, 332-346.
- [11] CNGOF, L'épisiotomie, Texte des recommandations, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 35, N° S1, 2006, p. 77-80.
- [12] CAPPELLETTI, MC., La rééducation périnéale de sa naissance à aujourd'hui, Paris, 2009, 3p,
- [13] SENGLER, J., GROSSE, D., Rééducation périnéale, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Editions Elsevier, Paris, *Kinésithérapie-Médecine-Physique-Réadaptation*, 26-510-A-10, 2001, 14p.
- [14] SAIDI, A., DELAPORTE, V., LECHEVALLIER, E., Problèmes urologiques rencontrés au cours de la grossesse, *Progrès en urologie*, 15, 2005, 1-5
- [15] ATIENZA P., Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, *CNGOF Mise à jour en gynécologie-obstétrique*, n° 23, 1999, p. 100-101
- [16] ANAES, Rééducation dans le cadre du post-partum, *Service des recommandations professionnelles*, Décembre 2002, 78p.
- [17] Ameli, l'Assurance Maladie en ligne, dossier « *Grossesse : l'accouchement et les premiers jours de bébé* », consulté le 31 mai 2013, disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse-laccouchement-et-les-premiers-jours-de-bebe/prendre-soin-de-soi-apres-laccouchement.html>
- [18] ANAES, Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections musculaire, *Recommandations pour la pratique clinique*, n°3-4, Paris, 2001, 31-38, 12p.

[19] BOURCIER, A., PEYRAT, L., Prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire chez la femme, *Urologie*, Editions Elsevier Masson, 18-207-D-23, 2008, 12p.

[20] TRINH-DINH D., *Rééducation Périnéale Féminine, Petit manuel de Diagnostics Cliniques à l'usage des Praticiens*, Editions Latitudes et Féminitude, 2001, 165p.

[21] ROQUES, C., « *La rééducation périnéale, la connaître...la pratiquer...pour mieux la maîtriser* », 2011, consultable sur :

<http://www.institutnaissanceetformations.fr>

[22] ROQUES, C., Connaissance et Maîtrise du Périnée, *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 386, 2009, 24-26, consultable sur :

<http://www.institutnaissanceetformations.fr>

[23] MOKHRETAR-KELOUCHA, F., Promouvoir l'humanisation des soins : vers une prise en charge qualitative et centrée sur le patient, *Droit, déontologie et soin*, Vol 3, N° 4 - décembre 2003

[24] DREES, Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, *Etudes et résultats*, n°660, septembre 2008, 6p

[25] TONNEAU, H., BRANGER, B., CHAUVIN, F., GUERMEUR, J., GRALL, J.Y., Le périnée, qu'en savent les femmes ?, *La Revue Sage-femme*, 2005 ; 4 : 109-114

[26] FERNANDEZ, D., Guide pratique de la rééducation périnéale, *Encyclopédie Médicochirurgicale*, Editions Elsevier, Paris, AKOS *Encyclopédie Pratique de Médecine*, 3-1290, 1998, 2p.

[27] NICOT, S., La CMP, évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale, *Vocation Sage-femme*, 78, 2010, 13-19, consultable sur :

<http://www.institutnaissanceetformations.fr>

[28] DREES, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs, *Etudes et résultats*, n° 791, mars 2012, 8p

[29] Ameli, l'Assurance Maladie en ligne, dossier « *Incontinence Urinaire* », consulté le 01 mars 2014, disponible sur :

<http://www.ameli-sante.fr/incontinence-urinaire/definition-incontinence-urinaire.html>

[30] FRITEL, X., Pour ou contre la rééducation périnéale du post-partum ?, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36, Editions Elsevier, 2008, 824-825.

[31] CNSF, Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale, dossier 2014, 42p

[32] ROUSSELLE, M., *Le massage périnéal prénatal*, mémoire de sage-femme, Université d'Angers, 2011, 69p

[33] FRITEL, X., PIGNÉ, A., Prolapsus génital, *EMC - AKOS (Traité de Médecine)* 1998:1-3 [Article 3-1280]

[34] Article R4127-318 du code de la Santé publique, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1 relatif aux compétences de la profession de sage-femme

[35] Article R4321-5 du code de la Santé publique, relatif aux compétences de la profession de kinésithérapeute

[36] SARRAMON, JP., RISCHMANN, P., Examen du périnée féminin, *Progrès en Urologie* 1997, 7, 137-148

Annexes

Annexe I : Le prolapsus génital

Le prolapsus génital est un trouble de la statique pelvienne se manifestant par l'issue des parois vaginales à la vulve.

Les viscères adjacents accompagnent les parois vaginales et donnent leur nom aux différents éléments du prolapsus. Le traumatisme obstétrical est le facteur prépondérant dans la genèse du prolapsus. La description du prolapsus génital est divisée en trois étages : antérieur, fundique et postérieur. Le degré de gravité du prolapsus est coté entre 0 et 3, selon la descente par rapport à la vulve [33].

Classification des prolapsus selon la région affectée selon Jacquelin: [5]

Localisation	Termes utilisés	Définitions
Etage antérieur	Colpocèle antérieure	Hernie de la paroi antérieure du vagin...
	Urétrocèle	contenant l'urètre
	Cystocèle	contenant la vessie
Etage moyen	Hystéroptose / hystérocèle	Prolapsus utérin Prolapsus du col utérin fréquemment anormalement allongé
	Trachéloptose / trachélocèle	
Etage postérieur vaginal	Colpocèle postérieure	Hernie de la paroi postérieure du vagin...
	Rectocèle	contenant la face antérieure du rectum...
	Élytrocèle	contenant le cul-de-sac de Douglas...
	Entérocèle	contenant les anses grêles
	Sigmoïdocèle	contenant le sigmoïde, voire le grand épiploon
Etage postérieur anal	Épiploocèle	
	Hédrocèle	Hernie à travers l'anus souvent béant du cul-de-sac de Douglas, accompagnant un prolapsus rectal
	Intussuception	Invagination rectale ou « Prolapsus rectal interne »
	Prolapsus rectal	Extériorisation du rectum par l'anus

Classification Française de la sévérité du prolapsus : [5]

0 => une absence de prolapsus

1 => prolapsus intravaginal,

2 => prolapsus à la vulve

3 => prolapsus extériorisé

Classification Internationale de la sévérité du prolapsus : Pelvic Organ Prolapse
Quantification (POPQ, recommandée par l'International Continence Society) [5]

0 => Pas de prolapsus

1 => Le point le plus proéminent du prolapsus est à 1 cm des reliquats hyménéaux

2 => Le point le plus bas du prolapsus est entre - 1 et +1 cm des reliquats hyménéaux

3 => Le point le plus proéminent du prolapsus est à plus de + 1 cm des reliquats
hyménéaux,

4 => Éversion vaginale complète

Annexe II : Législation sur la pratique de rééducation périnéale par les sages-femmes

Article R4127-318 [34]

I. Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article [L. 4151-1](#) :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale;
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;**
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II.- La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III.- Dans le cadre des dispositions de l'article [L. 4151-3](#), la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.

Annexe III : Législation sur la pratique de rééducation périnéale par les kinésithérapeutes, Article R4321-5 [35]

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

a) Rééducation concernant un système ou un appareil :

- rééducation orthopédique ;
- rééducation neurologique ;
- rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- rééducation respiratoire ;
- rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article 8 ;
- rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

b) Rééducation concernant des séquelles :

- rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- **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 ;**
- rééducation des brûlés ;
- rééducation cutanée ;

c) Rééducation d'une fonction particulière :

- rééducation de la mobilité faciale et de la mastication ;
- rééducation de la déglutition ;
- rééducation des troubles de l'équilibre.

Annexe IV : Le testing [5] [36]

Le testing des releveurs étudie l'efficacité de la commande volontaire des muscles du périnée, il permet de surveiller les progrès d'une rééducation mais il n'explore pas forcément d'une façon linéaire tous les muscles du périnée et tous les sphincters.

La cotation se fait de 0 à 5 :

0 : pas de contraction.

1 : contraction très faible, perçue sur le doigt comme un frémissement.

2 : contraction faible mais incontestable.

3 : contraction bien perçue mais insuffisante pour être contrariée par une opposition modérée.

4: contraction forte mais opposition faible.

5: contraction forte, résistance à une opposition forte.

Ces contractions doivent pouvoir être prolongées avec une force égale 5 secondes. L'examen du testing des releveurs consiste à analyser les réflexes ostéo-tendineux et cutanés ainsi que l'exploration des sensibilités périnéales.

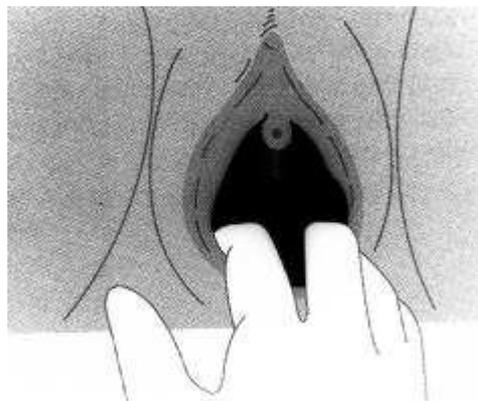


Figure 19 Testing des releveurs de l'anus [36]

Annexe V : Questionnaire de l'étude

Je suis étudiante à l'école de sage-femme de Baudelocque et je réalise mon mémoire de fin d'études sur la rééducation périnéale en post-partum par la méthode « Connaissance et Maîtrise du Périnée », et particulièrement sur la satisfaction des femmes en ayant bénéficié. Pour ce faire, je vous remercie de bien vouloir remplir le questionnaire suivant. Il est anonyme et les résultats seront diffusés l'année prochaine.

1) Savez-vous ce que signifie le terme « périnée »?

- oui, je le savais déjà avant la grossesse
- oui, je l'ai su pendant la grossesse ou ma grossesse antérieure
- oui, je l'ai appris avec la rééducation périnéale
- non, je ne sais pas

2) Savez-vous où il se trouve ?

- oui, je le savais déjà avant la grossesse
- oui, je l'ai su pendant la grossesse ou ma grossesse antérieure
- oui, je l'ai appris avec la rééducation périnéale
- non, je ne pourrais pas

3) Connaissez-vous sa fonction ?

- oui, je le savais déjà avant la grossesse
- oui, je l'ai sue pendant la grossesse ou ma grossesse antérieure
- oui, je l'ai apprise avec la rééducation périnéale
- non, je ne la connais pas

4) Selon vous, la connaissance de votre périnée s'est-elle améliorée grâce à la rééducation que vous avez faite ?

- oui
- non

5) Quelles étaient vos attentes par rapport à la rééducation périnéale ? (connaissances, confort, douleurs, troubles à corriger, reprise du sport, se rassurer...)

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

6) Concernant vos attentes, vous évaluez cette méthode sur 10 à :

de 0 à 3 : en dessous de mes attentes

de 7 à 8 : a satisfait mes attentes

de 4 à 6 : à la limite de mes attentes

de 9 à 10 : au-dessus de mes attentes

7) Selon vous, cette méthode vous a permis de : (plusieurs choix possibles)

- Mieux comprendre les mécanismes de pressions qui s'exercent sur le périnée
- Connaître les muscles constituant le périnée
- Savoir la localisation du périnée
- Diminuer les douleurs de la zone périnéale

8) Pendant la grossesse ou après l'accouchement, vous avez été gênée (inconfort) par des fuites urinaires : oui non

Si oui, avez-vous maintenant (après rééducation) la sensation que ces fuites urinaires ont diminué ? oui non

9) Aviez-vous repris les rapports sexuels entre votre accouchement et le début de la rééducation ? oui non

Si oui, avez-vous remarqué, depuis la rééducation, une amélioration au niveau des sensations ? oui non

Si non, est ce que la rééducation vous a permis de retrouver une intimité au sein de votre couple ? oui non

10) Aviez-vous déjà fait des séances de rééducation périnéale ? oui non

11) Si oui, par quelle méthode ?

- rééducation manuelle
- biofeedback
- électrostimulation
- connaissance et maîtrise du périnée
- autre :

12) Si vous deviez noter sur 10 la rééducation que vs aviez déjà faite, vous mettriez

13) Si vous deviez noter sur 10 la rééducation que vous venez de faire, vous mettriez

14) L'organisation des séances vous a-t-elle semblé adaptée (nombre de séances au total, par semaine, durée des séances...) ? oui non

15) La méthode vous a semblé : (plusieurs choix possibles)

- efficace
- facile à appliquer
- douce/ non invasive
- adaptée
- inappropriée
- enrichissante
- contraignante
- fatigante
- inefficace

16) Avez-vous l'intention de poursuivre les exercices appris ? oui non
Sinon, pourquoi?

.....

17) Si vous aviez de nouveau une rééducation périnéale à faire, choisiriez-vous de nouveau cette méthode ? oui non

Je vous remercie de votre participation,
Caroline

Hébert

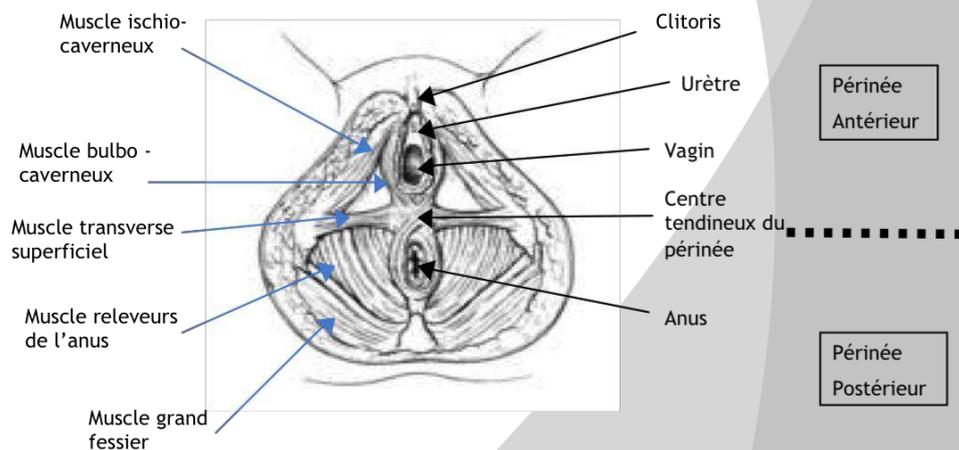
Annexe VI : Planche d'informations sur le périnée féminin

ON EN PRENAIT SOIN?

est en forme de hamac, qui supportent un. Trois orifices le

ganes abdominaux :
tionnel au niveau de
ent dans le plaisir

SCHEMA DU PERINEE FEMININ



correspond au périnée antérieur, aussi appelé *périnée*
postérieur, aussi appelé, *périnée anal*. Les deux régions se
en sous cutané : il s'agit du *centre tendineux du périnée*, ou
périnée.

des bronchites chroniques ;

- Porter un sac à dos trop lourd ;
- Porter des charges lourdes ;
- Porter un sac à dos trop lourd ;
- Porter un sac à dos trop lourd ;

Comment le préserver au quotidien ?

- Privilégier la position allongée ;
- Avoir une bonne hygiène de vie,
- Surveiller la prise de poids pendant la grossesse ;
- Éviter la constipation, et aller aux toilettes dès que l'envie se fait sentir ;
- Utiliser une huile de massage du périnée pendant la grossesse pour assouplir le périnée et le préparer à l'accouchement ;
- Éviter le port de charges lourdes ;

ET L'ACCOUCHEMENT

Après un accouchement par

prise de poids qui lui est
l'accouchement, en le
une épreuve pour le
ou une épisiotomie.

accouchement.

nombre de séances
Assurance Maladie.

aussi se servir d'images pour

à vous de contracter le périnée
la sonde qui envoie des courants
exe.
ésithérapeute.

tant une bonne respiration et **APRÈS** avoir
le plancher pelvien.

?

ces muscles et à les **travailler au quotidien** ;
hyperpressions et les **poussées vers le bas** de la vie
périnée puisqu'il est en dessous ;
gènes s'il y en a, ou sinon, les prévenir :

naïres

avez aussi avoir du mal à **retenir les gaz ou les selles**, ou être constipée
se produire une **perte de sensation ou des douleurs au moment des**
ports sexuels.

Dans les cas les plus sévères, on peut parler de **prolapsus**, ou de "descentes
d'organes": l'organe n'étant plus soutenu, il s'abaisse.

! Pour aider à se retrouver dans « son corps » après une grossesse, un
accouchement ;

**La rééducation périnéale sert donc à muscler et /ou remuscler son
périnée, le rendre indolore et éviter les complications dues à sa
fragilité...**

Evaluation de l'efficacité d'une méthode de rééducation périnéale : la CMP

De la clinique à la satisfaction des femmes

Contexte : La grossesse et l'accouchement ont des répercussions variables sur le périnée. En ce sens, la rééducation périnéale du post-partum est réalisée de manière non systématique. Elle agit dans le but de fournir de nouveau aux femmes un périnée indolore et de permettre une tonicité correcte de cette région. La « Connaissance et Maîtrise du Périnée » fait partie des méthodes existantes, elle permet une approche imagée de cette région, dans le respect de la femme.

Méthodologie : Nous nous sommes alors demandé quel était le bénéfice apporté par la CMP aux patientes. Dans notre étude, réalisée par le biais de questionnaires dans deux cabinets de sages-femmes, nous avons voulu évaluer la satisfaction des femmes, ainsi que l'efficacité clinique de cette méthode.

Résultats : Les femmes sont très satisfaites de la CMP, qui répond à leurs attentes et leur confère une autonomie. Elles déclarent également améliorer leur niveau de connaissances sur la région périnéale. De plus, cette méthode semble être efficace sur le plan clinique en augmentant les scores pour tous les exercices, même si nous n'avons pas pu démontrer une amélioration significative pour chacun d'entre eux. Ces résultats sont cependant à pondérer car la population d'étude est faible. Des évaluations scientifiques, à plus grande échelle, sont nécessaires pour la validation de cette méthode.

Mots-clés : évaluation des résultats et des processus en soins de santé, périnée, satisfaction du patient, thérapie myofonctionnelle, rééducation et réadaptation, autonomie personnelle

Evaluation of efficiency of one perineal reeducation : the CMP

To clinic to women' s satisfaction

Background : Pregnancy and delivery have variable consequences on the perineum. That's why the post-partum perineal re-education is non systematical. Its aim is to give again a painless perineum and to allow a correct tonicity of this area. The « Perineum knowledge and control » is one method which uses pictures to work, and which respects woman's body.

Methodology : The object of this study is to determine the CMP income for patients, to assess patients satisfaction and clinical efficiency. Quiz were given to patients in two midwives' offices.

Results : Patients are very pleased of CMP which comes up to their expectations, and gives them an autonomy. They also report they extend their perineum knowledges. Moreover, this method seems to be effective on the clinical level by increasing the scores of all the exercices, even if we don't arrive to prove a significant improvement for all of them. Nevertheless, we have to put results into perspective because the study population is weak. Scientific studies are necessary to validate this method.

Keywords : outcome and process assessment (health care), perineum, patient satisfaction, myofunctional therapy, personal autonomy, rehabilitation