



HAL
open science

Prévalence des douleurs périnéales persistant dans le post-partum à la suite d'un accouchement voie basse : étude descriptive sur 47 accouchées du Puy-de-Dôme

Solène Madic

► To cite this version:

Solène Madic. Prévalence des douleurs périnéales persistant dans le post-partum à la suite d'un accouchement voie basse : étude descriptive sur 47 accouchées du Puy-de-Dôme. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01566875

HAL Id: dumas-01566875

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566875v1>

Submitted on 1 Dec 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**PREVALENCE DES DOULEURS
PERINEALES PERSISTANT DANS LE POST-
PARTUM A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT
VOIE BASSE**

Étude descriptive sur 47 accouchées du Puy-de-Dôme

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Solène MADIC
Née le 07.01.1992
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2016**

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**PREVALENCE DES DOULEURS
PERINEALES PERSISTANT DANS LE POST-
PARTUM A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT
VOIE BASSE**

Etude descriptive sur 47 accouchées du Puy-de-Dôme

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Solène MADIC
Née le 07.01.1992
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2016**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- ❖ M. Sylvain GONY, mon directeur de mémoire, qui a toujours répondu présent quand j'avais besoin d'aide et de conseils,
- ❖ Mme Annick VIALON, ma co-directrice de mémoire, pour m'avoir apporté toutes ses connaissances nécessaires à la réalisation de ce travail,
- ❖ L'ensemble de l'équipe pédagogique pour nous avoir accompagné et permis d'évoluer au cours de ces 4 années,
- ❖ Les sages-femmes libérales ayant accepté de participer à cette étude, me permettant de pouvoir la réaliser,
- ❖ Ma famille ainsi que mes ami(e)s pour m'avoir toujours encouragée, soutenue et permis d'en arriver là.

GLOSSAIRE

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

CNGOF : Collège National des gynécologues Obstétriciens de France

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

IC : Intervalle de confiance

IMC : Indice de masse corporelle

SA : Semaines d'aménorrhées

SOMMAIRE

Introduction	1
Revue de la littérature	
I. Le périnée	3
1. Anatomie	3
2. La connaissance des femmes concernant le périnée	6
II. La sollicitation du périnée pendant la grossesse et l'accouchement	8
1. La grossesse	8
2. L'accouchement	8
a) Périnée postérieur	9
b) Périnée antérieur	9
c) Conséquences d'une mauvaise ampliation périnéale.	9
III. Les complications traumatiques de l'accouchement par voie basse	11
1. Les déchirures fermées	11
2. Les déchirures périnéales ouvertes	12
3. Les déchirures vaginales	13
4. L'épisiotomie	13
5. Complications dues aux lésions périnéales	14
6. Prévention des lésions périnéales	15
IV. La Douleur	16
1. Echelle d'évaluation de la douleur	17
2. Douleur aigüe	18
3. Douleur chronique	19
4. Douleur du post-partum	20
5. Les moyens de lutte contre la douleur périnéale du post-partum	21
V. La rééducation périnéale	23
1. Différentes techniques de rééducation périnéale	24
a) Manuelle	24
b) Electrostimulation	25
c) Biofeedback	25
d) Autres techniques	26
2. Efficacité de la rééducation périnéale	27
3. Douleur du post-partum et rééducation périnéale	27
Population et méthode	
1. Objectifs	28

a) Objectif principal	28
b) Critère de jugement	28
c) Objectif secondaire	28
d) Critère de jugement	28
2. Type d'étude	28
3. Durée de l'étude	29
4. Lieux de l'étude	29
5. Population cible	29
6. Population source	29
7. Critères de sélection des accouchées	29
a) Critères d'inclusion	29
b) Critères d'exclusion	30
8. Le recueil des données	30
a) Les variables recueillies	30
b) Le circuit des données	30
9. L'informatisation	31
a) Le codage des données	31
b) La saisie des données	31
c) Le contrôle qualité	31
10. L'analyse des données	32
a) Les tests statistiques utilisés	32
b) Le logiciel d'analyse utilisé	32
11. Aspects éthique et réglementaire	32
Résultats	
1. Introduction	33
2. Données socio-démographiques	34
3. Données obstétricales	35
4. Douleurs persistantes dans le post-partum	38
5. Types de douleurs périnéales	38
6. Localisation des douleurs périnéales	40
7. Moyennes des douleurs périnéales	43
8. Moyenne de la gêne provoquée par la douleur	43
9. Traitements	45
10. Réalisation de la rééducation périnéale	45
11. Types de rééducation	46
12. Nombre de séances réalisées	47

Discussion	
1. Introduction et rappel des objectifs	48
2. Limites et biais de l'étude	48
3. Intérêts et points forts de l'étude	49
4. La population	50
5. Fréquence des douleurs persistantes	51
6. Facteurs de risque des douleurs périnéales	52
a) La primiparité	52
b) Extraction instrumentale	53
c) Traumatismes périnéaux	53
7. Intensité des douleurs persistantes	54
8. Type et localisation des douleurs persistantes	55
9. Gène occasionnée par la douleur	56
a) Les dyspareunies	56
b) Autres gènes occasionnées	57
10. Traitements utilisés	58
a) Traitement médicamenteux	58
b) Traitement non médicamenteux	59
11. Rééducation périnéale	60
a) Réalisation de la rééducation	60
b) Type de rééducation	60
c) Nombre de séances	61
12. Propositions	61
Conclusion	63

INTRODUCTION

Par sa nature subjective et en l'absence de preuves biologiques ou d'imageries, la douleur a souvent été sous-estimée par les professionnels de santé dans le passé. Maintenant, la douleur est mieux considérée et prise en charge. En effet, la lutte contre la douleur est devenue depuis plusieurs années une priorité de santé publique et constitue l'un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité des soins. Cette évolution était nécessaire car cette douleur peut devenir une maladie à part entière pour la personne qui en souffre [1].

D'après le rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2002, les douleurs périnéales font partie des principales physiopathologies du post-partum. En effet, elles représentent une des plus importantes conséquences d'un accouchement voie basse. Celles-ci peuvent être plus ou moins importantes, en fonction du déroulement de l'accouchement et des possibles lésions périnéales qu'il engendre, et peuvent persister plus ou moins dans le temps. Si elles se prolongent, elles peuvent interférer avec l'activité quotidienne et familiale de la patiente. En effet, les douleurs périnéales peuvent être très invalidantes pour se mobiliser, changer de position, être assise ou encore avoir des rapports sexuels. Elles impactent aussi la disponibilité et la patience de la femme envers son nouveau-né, ce qui peut interférer dans la relation mère-enfant. Malheureusement, le périnée restant une partie du corps assez tabou, les femmes n'osent généralement pas en parler à des professionnels et se résignent à penser que ces douleurs disparaîtront toutes seules [2-4].

La prévention des douleurs périnéales du post-partum se fait en premier lieu par une diminution des traumatismes périnéaux lors de l'accouchement et donc par une bonne connaissance de la mécanique obstétricale. Les différentes techniques de sutures ont aussi un impact. En effet, certaines méthodes telles que le surjet continu aurait tendance à engendrer moins de douleurs périnéales dans le post-partum immédiat. De plus, l'application de chaud ou encore la réalisation de massages au niveau périnéal permettrait de diminuer la fréquence des lésions périnéales [5, 6].

Toujours d'après le rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé de 2002, 20% des patientes présentent des douleurs périnéales persistantes à 2 mois du post-partum et 10% persistantes à 12 mois [2].

Mais, à distance de l'accouchement, une fois de retour à la maison, que deviennent réellement ces douleurs ? Et si celles-ci persistent, quelles sont les solutions disponibles pour ces mères afin de faire diminuer puis disparaître totalement ces douleurs, leur permettant de reprendre une vie normale ?

Dans cette étude, l'objectif principal sera de mesurer la prévalence des douleurs périnéales 6 à 8 semaines après un accouchement voie basse.

Dans un premier temps, un rappel anatomo-physiologique du périnée sera présenté. Dans un second temps, la population étudiée et la méthode utilisée pour répondre à l'objectif principal seront présentées. Puis suivra la présentation des résultats et pour finir leur discussion.

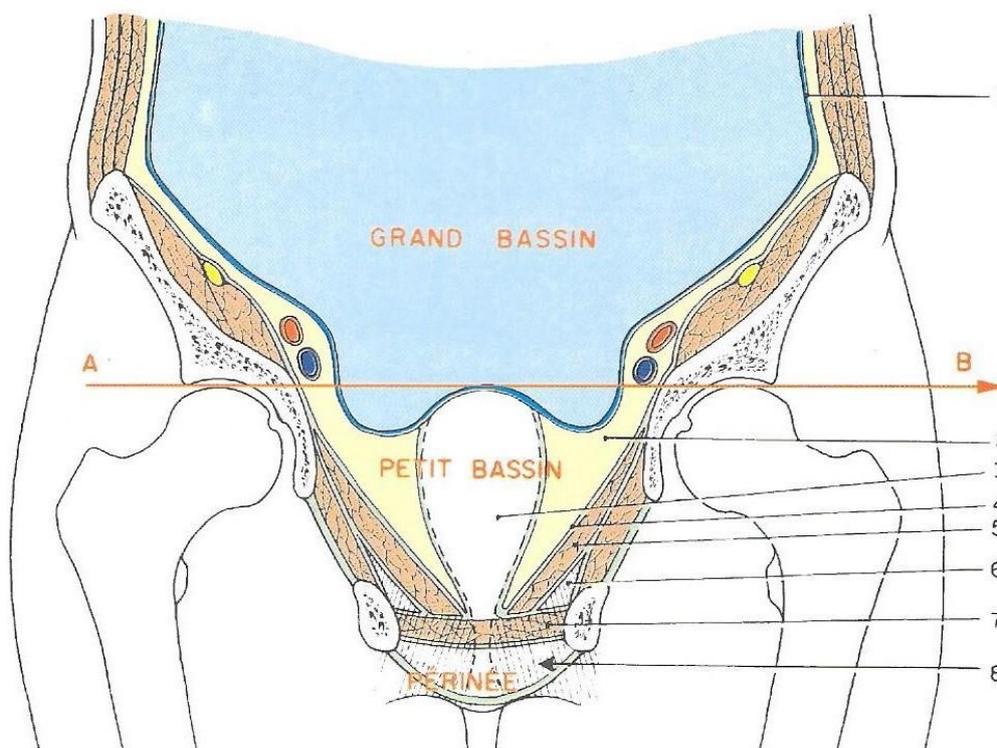
REVUE DE LA LITTERATURE

I. Le périnée

1. Anatomie

Le périnée, appelé également plancher pelvien, est l'ensemble des parties molles fermant l'excavation pelvienne dans sa partie basse et séparant la fourchette vulvaire de l'anus. Il est donc associé aux organes génitaux externes et au canal anal [7, 8].

Le schéma 1 représente une coupe frontale et schématique du bassin féminin. De par sa localisation à l'intérieur du bassin osseux, le plancher musculaire pelvien est le seul ensemble de muscles de l'organisme assurant un soutien anatomique des organes pelviens que sont l'urètre, la vessie, le vagin et le rectum [9].



A B – plan du détroit supérieur

1 – péritoine pelvien

2 – espace sous-péritonéal pelvien

3 – axe viscéral

4 – fascia pelvien pariétal

5 – diaphragme pelvien

6 – fosse ischio-rectale

7 – espace profond du périnée

8 – espace superficiel du périnée

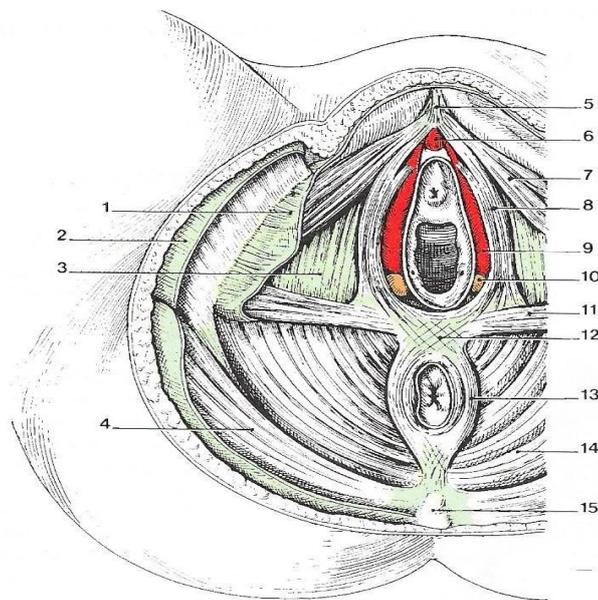
Schéma 1 : Coupe frontale et schématique du bassin féminin d'après P. Kamina dans « Petit bassin et périnée : Rectum et organes uro-génitaux » [8].

muscle constricteur de la vulve. Il est aussi constitué de l'aponévrose périnéale superficielle sous cutanée dans sa partie antérieure et du sphincter externe de l'anus dans sa partie postérieure. Il contient l'espace superficiel du périnée qui est traversé par le vagin ainsi que par l'urètre, et qui possède les corps érectiles, les glandes et les pédicules vasculo-nerveux [9].

Ensuite, un plan moyen qui n'existe que dans la partie antérieure du périnée. Il est composé du muscle transverse profond et du sphincter externe de l'urètre, les deux formant le diaphragme uro-génital [7].

Enfin, un plan profond, formé de deux muscles pairs délimitant la partie basse de l'excavation pelvienne qui sont le muscle élévateur de l'anus et le muscle coccygien [7].

Le centre tendineux du périnée est une formation fibro-musculaire pyramidale du plancher périnéal superficiel sur laquelle s'insèrent les muscles élévateurs de l'anus, les muscles transverses et les muscles bulbo-spongieux [8].



- 1 – fascia superficiel du périnée
- 2 – fascia lata
- 3 – fascia inférieur du diaphragme uro-génital
- 4 – m. grand fessier
- 5 – lig. suspenseur du clitoris
- 6 – clitoris
- 7 – m. ischio-caverneux
- 8 – m. bulbo-spongieux

- 9 – bulbe du vestibule
- 10 – glande vestibulaire majeure
- 11 – m. transverse superficiel
- 12 – centre tendineux du périnée
- 13 – sphincter externe de l'anus
- 14 – m. élévateur de l'anus
- 15 – coccyx

Schéma 3 : Muscles superficiels du périnée féminin d'après P. Kamina dans « Petit bassin et périnée : Rectum et organes uro-génitaux » [8].

2. La connaissance des femmes concernant le périnée

Les femmes ne connaissent pas leur périnée.

En effet, d'après l'étude de Tonneau, réalisée à Rennes en 2005 auprès de 154 nullipares, cherchant à évaluer la connaissance de leur périnée, 14% en ont une vision précise alors que 50% ne le visualisent pas du tout et n'osent même pas le regarder. De plus, dans leur évaluation de l'anatomie du périnée, dont la note globale allait de 9, pour aucune bonne réponse, à 18, pour toutes les réponses exactes, la moyenne des femmes interrogées était de 13,6 et aucune femme n'avait obtenu un score maximal. Les résultats ont donc démontré que 50,6% des femmes avaient une connaissance de partiellement à totalement lacunaire [10, 11].

D'après Lafarge dans son étude, réalisée à Clermont-Ferrand en 2007, sur la connaissance des primipares sur le périnée féminin, on peut constater que 54% des femmes savent que le périnée est un muscle, et qu'il se situe entre le vagin et l'anus pour 46,3% des femmes. De plus, nous pouvons constater que 60% des primipares savent que le périnée soutient les organes, et que 19% savent qu'il se relâche au cours du temps. Cependant 23% ne connaissent pas le rôle du périnée lors de la grossesse [12].

D'après l'étude de Gozet, réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015, cherchant à étudier la connaissance des femmes à propos de leur périnée et de la rééducation périnéale, 1,84% des femmes savent que le périnée est un ensemble de muscles constitué de plusieurs orifices. De plus, 51,6% savent que le périnée permet de retenir les gaz, les selles et les urines, 60,5% savent qu'il possède un rôle de maintien des organes pelviens, et seulement 4,7% savent qu'il permet les rapports sexuels. Il apparaît que 36% des femmes possèdent leurs connaissances des sages-femmes qu'elles rencontrent au cours de leur grossesse, de leur accouchement et de leur post-partum et que 21,1% les possèdent de leur famille. L'information sur le périnée semble être prédominante en période de post-partum. En effet, 33% déclarent être informées lors de leur séjour en maternité et 39,5% déclarent être informées lors de leur visite post-natale [13].

Toujours d'après Tonneau, 23,8% des femmes savent que le périnée se relâche durant la grossesse et seulement 2% pensent que le périnée ne joue aucun rôle lors de celle-ci. Par ailleurs, 75% avaient conscience des désagréments périnéaux possibles. Pendant l'accouchement, il démontre que 29,8% des patientes connaissent l'étirement périnéal et que 55,6% connaissent la distension périnéale. De plus, 92,1% des femmes savaient ce qu'était l'épisiotomie et connaissaient son « utilité » [11].

Après l'accouchement, d'après Lafarge, 78% des patientes pensent que le périnée est distendu et 23% pensent qu'il soutient encore les organes. De plus, 72% des patientes ont déjà entendu parler des incontinences urinaires, des incontinences aux gaz, des dyspareunies ou des prolapsus et 84% savent que le périnée n'est plus « en place » après l'accouchement. Ceci signifie que les patientes sont sensibles à l'information concernant la rééducation périnéale qui leur est délivrée en suites de couches. Il semblerait alors que les patientes connaissent plus les lésions que subit le périnée lors de l'accouchement que l'anatomie et le rôle propre du périnée durant la grossesse [12].

De plus, l'Association française d'urologie a réalisé en 2013 une vidéo en interrogeant les personnes dans la rue afin de tester leurs connaissances sur le périnée, son rôle, sa localisation et son entretien au cours de la vie. Ce sondage a permis de mettre en évidence que le périnée est mal connu des femmes mais aussi des hommes [14].

Une majorité de patientes ne connaît pas le rôle du périnée durant la grossesse et l'accouchement ce qui représente une difficulté à sa préparation et à sa préservation durant ces différentes étapes. La préparation à la naissance et à la parentalité, réalisée au cours de la grossesse, aborde superficiellement le périnée lors de ses séances. En effet, d'après les recommandations professionnelles de la Haute autorité de santé, la rééducation périnéale du post-partum et les soins périnéaux suite à l'accouchement font partie des objectifs spécifiques. Cependant, la constitution du périnée, son rôle propre, la contraction périnéale durant la grossesse permettant son renforcement ainsi que le massage périnéal ne font pas partie des objectifs. Ces séances de préparation à la naissance et à la parentalité pourraient avoir un rôle extrêmement important si le périnée était plus profondément abordé car le taux de connaissances des femmes pourrait en être amélioré [15].

II. La sollicitation du périnée pendant la grossesse et l'accouchement

Les conséquences de l'accouchement et de la grossesse sont variées.

Le périnée possède différentes fonctions dont le soutien des organes pelviens tels que le vagin, l'utérus, la vessie et le rectum ainsi que le maintien de la continence. Il joue aussi un rôle dans la miction et de la défécation et permet d'avoir des rapports sexuels et d'accoucher. Tous ces rôles nécessitent de la souplesse mais aussi de la résistance afin de permettre un soutien ferme et d'amortir les différentes pressions exercées sur le périnée [16].

1. La grossesse

Dès le début de la grossesse, les modifications hormonales entraînent un relâchement des muscles et des ligaments du périnée. Au cours de la grossesse, le poids des viscères ainsi que la pression abdominale augmentent, ce qui déplace les pressions vers la fente vulvaire pouvant entraîner un prolapsus uro-génital accompagné d'une incontinence urinaire d'effort.

De plus, le poids du fœtus, du liquide amniotique et des annexes sollicitent davantage les muscles périnéaux, ce qui continue de les fragiliser [17, 18].

2. L'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes permettant la naissance du fœtus et l'expulsion du placenta et de ses annexes. Il est constitué de trois phases. Tout d'abord, la première phase correspond à la dilatation et à l'effacement du col utérin. Ensuite, la deuxième phase correspond à la traversée de la filière pelvienne par le fœtus à l'aide de son engagement, de sa descente et de sa rotation dans le bassin et, enfin, de son dégagement. La troisième phase correspond à la délivrance permettant l'expulsion du placenta et des membranes hors de la filière génitale [18, 19].

La traversée de la filière pelvienne par le fœtus peut représenter une épreuve de sollicitation plus ou moins importante pour le périnée maternel car la pression du mobile fœtal ainsi que les contractions utérines entraînent une ampliation du périnée postérieur puis antérieur. Les muscles les plus sollicités sont les faisceaux de l'élévateur de l'anus sur le plan périnéal profond, le transverse profond sur le plan périnéal moyen et les muscles transverse superficiel, ischio-caverneux et bulbo-spongieux sur le plan périnéal superficiel [18, 19].

a) Périnée postérieur

Au cours de la descente dans l'excavation pelvienne, la présentation fœtale descend en suivant l'axe ombilico-coccygien. La pression de la tête sur le plancher pelvien engendre des contractions utérines réflexes définies comme le réflexe expulsif donnant envie de pousser à la femme. Lorsqu'elle arrive au niveau du coccyx, qu'elle repousse en arrière, la région anale se bombe et l'orifice anal s'ouvre. De plus, le périnée s'amincit sous l'effet des contractions utérines. Il permet une meilleure flexion de la tête fœtale à l'aide des pressions. Toutes ces étapes représentent l'ampliation du périnée postérieur. Cette ampliation doit se faire lentement afin de limiter les lésions périnéales. Le périnée postérieur, étant plus libre et plus souple, permet une distension plus large [20, 21].

b) Périnée antérieur

Son ampliation fait suite à celle du périnée postérieur car la rétroimpulsion du coccyx est limitée, ce qui entraîne la présentation fœtale vers l'avant. Celle-ci va franchir la « boutonnière » formée par les muscles releveurs à l'avant et distendre le périnée antérieur qui va bomber à son tour. Cette ampliation permet une augmentation de la distance ano-vulvaire passant de trois centimètres à huit centimètres [20].

c) Conséquences d'une mauvaise ampliation périnéale.

L'accouchement peut représenter pour le périnée un traumatisme qui est dépendant, majoritairement, de la manière dont l'enfant réalise son dégagement. En effet, il existe

différents facteurs de risque pouvant empêcher ou limiter l'ampliation du périnée et être responsables de déchirures périnéales ou d'effondrement périnéal.

Ces facteurs sont :

- Une sortie trop rapide dite en « boulet de canon » ou une sortie trop longue de la présentation fœtale,
- La non-utilisation du réflexe d'expulsion,
- Le fait d'exercer une pression manuelle sur le fond utérin.

De plus, tous ces facteurs de risque ont un effet cumulatif. Il est donc important de soutenir le périnée et de favoriser le dégagement par flexion de la tête [20].

Le centre tendineux du périnée est l'élément le moins élastique car, situé sur la ligne médiane en dessous de la peau, il est le point d'ancrage des muscles superficiels et il fait majoritairement l'objet de lésions traumatiques lors de l'accouchement [2].

III. Les complications traumatiques de l'accouchement par voie basse

Aujourd'hui, 20 à 60% des accouchements par voie basse entraînent des complications traumatiques telles que les déchirures périnéales ou la réalisation d'épisiotomies [2].

Les facteurs de risque de ces déchirures ou de la réalisation d'épisiotomies sont nombreux et variés et possèdent un effet cumulatif. Ce sont la primiparité, la femme plus âgée, l'infibulation, la macrosomie, l'obésité, les présentations postérieures, de la face ou du siège, le déclenchement, une analgésie péridurale, un travail prolongé, l'utilisation d'ocytocine, la position de la parturiente, la dystocie des épaules, les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales, un périnée cicatriciel, peu souple ou fragile notamment chez les personnes rousses ou de peaux très claires, une distance ano-pubienne inférieure à cinq centimètres ou encore un mauvais contrôle manuel du dégagement de la tête [2, 22, 23].

Les déchirures obstétricales comprennent les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales et cervicales ainsi que les déchirures fermées et ouvertes, ces dernières étant les plus fréquentes. Les éléments anatomiques pouvant être lésés sont principalement le centre tendineux du périnée, les plans d'aponévroses, les ligaments, les plans d'adhérence, la peau et la muqueuse vaginale. L'urètre et les muscles, avec en particulier le releveur de l'anus, peuvent eux aussi subir des lésions au cours d'un accouchement voie basse. Il existe également des lésions neurologiques avec une élongation du nerf pudendal [2, 19, 20].

1. Les déchirures fermées

Ces déchirures sont rares. Le périnée semble intact, cependant des lésions profondes du périnée peuvent atteindre les muscles et le centre tendineux du périnée sans provoquer d'effraction cutanéomuqueuse [2].

Une atteinte du nerf pudendal est possible et peut entraîner à long terme un trouble de la statique pelvienne. Ces déchirures fermées peuvent s'accompagner d'hématomes intramusculaires pouvant provoquer des scléroses cicatricielles. Ces situations augmentent le risque de thrombus vaginal [2].

Le diagnostic de ces lésions non visibles est difficile, cependant un aspect ecchymotique et flasque de la peau du périnée peut aider à les identifier [2].

2. Les déchirures périnéales ouvertes

Ces déchirures sont définies selon 2 types de classification : une classification française et une classification anglo-saxonne.

Concernant la classification française, il y a tout d'abord les déchirures incomplètes du 1er degré, ou déchirures périnéales simples, qui intéressent la peau, la muqueuse vaginale, le tissu conjonctif, et parfois le plan musculaire superficiel. Cependant, elles n'atteignent pas le sphincter anal.

Puis, il y a les déchirures complètes du 2ème degré dans lesquelles le sphincter anal est atteint mais la déchirure s'arrête au niveau de la marge anale. Seul le sphincter externe est touché.

Enfin, il y a les déchirures complètes compliquées du 3ème degré qui intéressent le sphincter anal dans son intégralité mais également la muqueuse anale. Elles mettent en communication le vagin et le bas rectum formant un «cloaque» [2, 3].

Concernant la classification anglo-saxonne, le 1er degré correspond à une déchirure périnéale isolée.

Le 2ème degré correspond à une atteinte du centre tendineux du périnée.

Le 3ème degré correspond à une déchirure complète avec une atteinte du sphincter externe de l'anus.

Le 4ème degré correspond à une déchirure complète compliquée. On observe une lésion sphinctérienne à laquelle s'ajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure [2, 3].

3. Les déchirures vaginales

Elles partent de l'anneau vulvaire et remontent en direction de l'épine sciatique. Elles peuvent être simples et isolées mais sont fréquemment associées à une lésion périnéale ou à une épisiotomie. Elles sont toujours postérieures, parfois bilatérales, et représentent des plaies très hémorragiques.

Elles sont souvent associées à des déchirures cervicales qui sont rares et qui passent le plus souvent inaperçues car elles sont inférieures à un centimètre et ne sont pas hémorragiques [2].

4. L'épisiotomie

C'est un acte chirurgical qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve. Il en existe plusieurs types mais la plus fréquente est l'épisiotomie médio-latérale. Elle intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et le faisceau pubo-rectal. Elle consiste à réaliser une section franche de six centimètres en moyenne, en se dirigeant latéralement et en dehors vers la région ischiatique, ce qui représente un angle de 45 degrés. Sont successivement sectionnés la peau et le vagin, les muscles bulbo-caverneux, le muscle transverse superficiel et le muscle pubo-rectal. Afin de limiter le risque hémorragique, elle doit être réalisée au petit couronnement et lors d'un effort expulsif ou d'une contraction utérine [3, 24].

Les recommandations pour la pratique clinique de 2005 du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) cherchaient à réduire leur fréquence de réalisation en dessous de 30%, ce qui a fonctionné car elle a diminué en passant de 43% en 2003 contre 27% en 2010 d'après l'enquête nationale périnatale [25, 26].

Ceci a été démontré par l'étude de Reinbold, en 2010, visant à évaluer l'impact des recommandations des pratiques cliniques du CNGOF sur la réalisation des épisiotomies. En effet, le taux d'épisiotomie est passé de 55,7% en 2004 à 13,3% en 2009. Cette diminution s'est faite rapidement de 2004 à 2006 puis de manière plus progressive jusqu'à 2009. Elle concernait autant les primipares que les multipares ainsi que les voies

basses spontanées et les voies basses instrumentales. Néanmoins, la diminution fut plus faible dans le cas des primipares ayant eu une extraction instrumentale. Le taux de déchirures périnéales du 1er et du 2ème degré, lui, avait par ailleurs augmenté en passant de 27,1% en 2004 à 69,9% en 2009 [27].

Koskas en 2009, a démontré que la réalisation d'épisiotomie serait plus fréquente en cas d'extraction instrumentale, de macrosomie, de présentation occipito-sacrée, de primiparité ou encore d'un temps de poussée supérieur à 30 minutes [28].

Plusieurs études réalisées par Thorp, Anthony, Coombs ou encore Bansal ont démontré que la réalisation d'épisiotomie ne permettait pas de préserver des lésions périnéales du 2ème et 3ème degré voire en augmentait la fréquence lors de réalisation d'épisiotomie médiane [29, 30, 31, 32].

L'épisiotomie est l'équivalent d'une déchirure du premier degré de la classification française. D'après l'étude de Carroli, en 2008, cherchant à évaluer les effets de l'utilisation restrictive de l'épisiotomie par rapport à l'épisiotomie systématique lors d'un accouchement voie basse, il a pu être démontré que la réalisation d'épisiotomie de manière restrictive permettait de diminuer les traumatismes périnéaux, les sutures ainsi que les défauts de cicatrisation à J7. Mais l'étude n'a pas démontré de différences significatives concernant les dyspareunies, les incontinences urinaires ou encore les évaluations de la douleur. 7% des épisiotomies provoquent des douleurs périnéales persistantes à trois mois du post-partum. Elle ne doit alors être réalisée uniquement si elle est nécessaire en se basant sur le rapport bénéfice/risque [3, 24, 33].

5. Complications dues aux lésions périnéales

Ces traumatismes peuvent entraîner des complications immédiates et précoces telles qu'une hémorragie suite à une suture trop tardive ou à un bilan lésionnel incomplet, une douleur, une dysurie, un œdème, un hématome, un thrombus génital, une désunion ou encore une infection. Ils sont aussi responsables de conséquences plus tardives sur l'activité sexuelle, avec des dyspareunies superficielles ou profondes pouvant persister jusqu'à 6 mois du post-partum, mais aussi de conséquences sur la continence anale,

urinaire telle qu'une pollakiurie, une urgence mictionnelle ou encore une incontinence urinaire d'effort, un risque de prolapsus par faiblesse du plancher pelvien, des lésions neurologiques telles qu'une atteinte du nerf pudendal périnéal et un risque de fistule notamment en cas de périnée complet ou de périnée complet compliqué [2].

Il semble alors important de guider correctement les efforts expulsifs, de bien maintenir le périnée et de favoriser le dégagement par la flexion et un maintien correct de la tête fœtale [2].

6. Prévention des lésions périnéales

Les lésions périnéales pourraient être réduites si on diminuait le taux d'épisiotomies, les extractions instrumentales, les présentations occipito-sacrées et l'utilisation de la péridurale. De plus, un bon maintien du périnée lors de l'expulsion ou encore différentes techniques de poussées permettraient de diminuer la prévalence des lésions périnéales [2, 20].

Selon Albers et al en 1996, l'application de compresses chaudes sur le périnée et les accouchements en décubitus latéral diminueraient significativement les lésions périnéales [34].

IV. La Douleur

Selon la définition officielle de l'International association for the study of pain, « la douleur est une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes. » Elle est subjective et repose sur le ressenti du patient qui sera différent selon son histoire et son expérience vis-à-vis de la douleur. Elle est donc difficile à qualifier ainsi qu'à quantifier. Cependant, elle représente un véritable enjeu de santé publique car elle correspond à près de deux tiers des consultations médicales. Elle entraîne donc un coût socio-économique élevé de par son impact sur la qualité de vie et les recours au système de soins qu'elle induit [35, 36].

Différentes mesures ont été mises en place afin de lutter et de pouvoir traiter efficacement cette douleur.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. En effet, l'article L 1110-5 du Code de la Santé publique, paru au journal officiel le 5 Mars 2002, indique que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. [...]» [37].

A cette loi s'ajoute le plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 qui s'articule autour de 4 priorités qui sont :

- La prise en charge des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, ainsi que des personnes âgées ou en fin de vie.
- Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients en permettant la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé. Cette amélioration concerne la formation continue des médecins, sages-femmes, odontologistes et pharmaciens et la formation et l'information des professionnels de santé non médicaux.

- Améliorer les modalités de traitements médicamenteux et les prises en charge non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité en accompagnant, dans des conditions de qualité et de sécurité, le développement de la prise en charge médicamenteuse des douleurs. Ceci nécessite l'amélioration des connaissances sur la consommation de médicaments, de la sécurisation et de la simplification de l'accès aux antalgiques de palier 3. Il est aussi important de faciliter l'utilisation à domicile, dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité, de certains médicaments et de certaines techniques d'administration, ainsi que d'amélioration de la prévention des douleurs induites par les actes de soins. Cela nécessite aussi d'améliorer les connaissances sur les méthodes non médicamenteuses de prise en charge de la douleur par l'amélioration des connaissances sur les méthodes non pharmacologiques.
- Structurer la filière de soins de la douleur en accompagnant et en structurant le développement de la prise en charge des douleurs chroniques rebelles [38, 39].

1. Echelle d'évaluation de la douleur

L'évaluation clinique des douleurs aiguës et chroniques est un préalable indispensable à la mise en place d'un traitement et d'un suivi. Elle représente une responsabilité de tout professionnel et doit reposer sur des outils validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Au cours du suivi d'un patient, les mêmes outils doivent toujours être utilisés. D'après le comité de lutte contre la douleur (CLUD), au moins une évaluation de l'intensité douloureuse doit être recherchée lors de toute hospitalisation pouvant induire la présence de douleurs [40].

On distingue deux types d'évaluation de la douleur :

- Les mesures d'auto-évaluation, réalisables sur des patients capables de communiquer de l'intensité ou des caractéristiques de sa douleur. Elles s'appliquent aux adultes ainsi qu'aux enfants de plus de 4 ans ;
- Les mesures d'hétéro-évaluation, applicables aux adultes non-communicants ou aux enfants de moins de 4 ans. Elles sont complétées par les soignants à l'aide d'indicateurs physiologiques et comportementaux.

Concernant les mesures d'auto-évaluation chez l'adulte, il existe l'échelle verbale catégorielle comprenant 5 catégories de descripteurs, puis, l'échelle numérique de Likert en 10 points permettant de quantifier la douleur au moment précis, de façon générale, la plus faible et, enfin, la plus intense au cours de ces dernières 24 heures. L'échelle visuelle analogique est moins utilisée en pratique clinique car elle est plus difficile à utiliser de manière fiable.



Schéma 4 : Echelle numérique d'évaluation de la douleur

Des versions longues de questionnaires d'adjectifs, ont été validées permettant une orientation diagnostique ainsi qu'une appréciation du retentissement affectif de la douleur. Il existe différents questionnaires :

- Le Mc Gill Pain Questionnaire, comportant 78 items, cherchant à définir une description sensorielle et affective de la douleur. Sa version française est appelée le Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine, et sa version abrégée ne comporte que 15 items. (Annexe 1)
- Le Brief Pain Inventory, lui, étudie l'impact de la douleur sur la qualité de vie. Sa version française est le Questionnaire Concis sur les Douleurs. (Annexe 2)

Les versions courtes ne sont actuellement pas validées mais l'expérience des utilisateurs démontre qu'elles peuvent apporter des informations utiles, notamment le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine abrégé [41].

2. Douleur aigüe

Il existe plusieurs types de douleurs.

Tout d'abord, la douleur aigüe, correspondant à un « signal d'alarme ». Elle est intense mais souvent brève. Elle représente un symptôme aidant au diagnostic et qui,

généralement, décroît pour disparaître lorsqu'un traitement étiologique adapté est mis en place. Il paraît nécessaire de dépister et de traiter une douleur aiguë le plus précocement possible car cela représentera un facteur de prévention du développement de la douleur chronique [36, 42].

3. Douleur chronique

La douleur chronique, ou syndrome douloureux chronique, est un syndrome multidimensionnel comprenant une douleur exprimée, quelque soit sa topographie ou son intensité, persistante ou récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée. Cette douleur répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. Elle correspond à une douleur évoluant et durant depuis plus de 3 mois [43].

A ce stade, elle représente, pour le patient, l'essentiel de sa maladie. Elle concernerait 15 à 25% de la population, augmenterait avec l'âge et toucherait préférentiellement les femmes et les catégories socioprofessionnelles les plus faibles [36, 42].

Il faut tout d'abord réaliser une évaluation de première intention prenant en compte les antécédents personnels et familiaux du patient, un bilan à la recherche des causes de la douleur, une auto-évaluation de son intensité avec un suivi régulier de son évolution, une recherche de son retentissement, une analyse des résultats des traitements antérieurs et la recherche de troubles anxieux ou dépressifs associés [43].

A l'issue de cette évaluation, il s'offre trois possibilités au soignant :

- **Réorienter le patient** vers un médecin demandeur si la prise en charge en cours est adéquate ou si la prise en charge en ambulatoire est possible,
- **Assurer la prise en charge du patient** au sein d'une structure spécialisée si celle-ci offre des possibilités spécifiques ou si la situation clinique du patient le nécessite,
- **Orienter le patient vers une autre structure spécialisée** si l'intervention préconisée est acceptée par celle-ci [43].

4. Douleur du post-partum

Les complications traumatiques de l'accouchement par voie basse entraînent un problème fréquent dans les suites de l'accouchement représenté par une douleur très intense dans le post-partum immédiat. C'est le syndrome algique périnéal. La majorité de ces douleurs sont des douleurs périnéales cicatricielles de l'épisiotomie, des douleurs ano-rectales liées à l'accouchement et réveillées par une défécation douloureuse ou encore des douleurs abdomino-pelviennes. Dans les pays développés, 60% des accouchées se plaignent de symptômes douloureux [44].

Ce syndrome algique peut devenir une gêne, voire une douleur parfois intense et permanente dans les semaines suivant l'accouchement. En effet, 40 % des patientes sont encore algiques deux semaines après leur accouchement et 20% le sont encore à huit semaines de post-partum [45, 46].

Ces douleurs peuvent être d'origine diverses et variées telles qu'un hématome périnéal, une désunion, une infection du site d'épisiotomie ou encore une inflammation de la suture pouvant entraîner un œdème localisé au niveau de la cicatrice, la rendant douloureuse. Elles peuvent aussi être les mêmes douleurs qu'en post-partum immédiat mais progressant dans la chronicité et entraînant des conséquences physiques et psychologiques [44].

Röckner et al ont comparé en 1988 deux groupes de femmes : un groupe ayant eu une épisiotomie et un groupe ayant eu une déchirure simple. Par cette étude, ils ont démontré un taux plus élevé d'infections, d'hématomes, de retard de cicatrisation, d'œdèmes et de désunions de la cicatrice en cas d'épisiotomie. Celle-ci représente donc un facteur de risque de persistance des douleurs périnéales dans le post-partum [47].

De plus, l'intensité de cette douleur périnéale est corrélée au type de lésion périnéale. En effet, elle augmenterait avec la sévérité et la complexité du traumatisme périnéal [46].

Macarthur et al dans leur étude de cohorte prospective en 2004, sur l'incidence, la sévérité et les facteurs des douleurs périnéales, ont étudié les douleurs périnéales au 1^{er}

jour du post-partum, au 7^{ème} jour et à 6 semaines dans 4 groupes de patientes : périnée intact, déchirure du 1^{er} ou 2^{ème} degré, épisiotomie et déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré. L'étude démontrait qu'au 7^{ème} jour, les douleurs périnéales étaient plus importantes dans le groupe des épisiotomies plutôt que dans ceux des déchirures du 1^{er} ou 2^{ème} degré et du périnée intact. Cependant elles étaient encore plus fréquentes dans le groupe des déchirures de 3^{ème} ou 4^{ème} degré [45].

Les conséquences de ce syndrome algique périnéal persistant, sont elles aussi diverses et variées. Celui-ci peut interférer de manière négative sur l'aptitude des mères à allaiter et répondre aux besoins de leur enfant, mais aussi sur la mise en place du lien mère-enfant et la santé mentale maternelle. Une diminution de la mobilité et une gêne à la miction peuvent aussi être ressenties. Sur le plus long terme, cela entraîne des effets sur la sexualité par l'apparition de douleurs lors de rapports sexuels [48].

5. Les moyens de lutte contre la douleur périnéale du post-partum

Les moyens de lutte contre les douleurs périnéales commencent lors de l'accouchement par la diminution des facteurs de risque d'apparition de lésions traumatiques du périnée. Ensuite les techniques de sutures peuvent avoir un impact sur l'apparition des douleurs périnéales dans le post-partum. En effet, la technique du surjet continu, ou celle en un fil un nœud permet de réduire la douleur [6].

La prise en charge du syndrome algique périnéal du post-partum est une prise en charge pluridisciplinaire dans laquelle médecin, sage-femme, psychologue ou sexologue trouve leur place. Elle repose sur l'écoute active, les informations et les conseils de la part du professionnel [44].

L'interrogatoire et l'examen clinique sont fondamentaux pour évaluer la douleur, son type, sa localisation, son intensité, ses facteurs déclenchants ou aggravants ainsi que ses facteurs de soulagement. Les outils d'évaluations comprennent essentiellement les échelles verbales simples, permettant de qualifier et de quantifier la douleur ainsi que de la localiser sur des schémas corporels simples à l'aide de couleurs et de repères d'intensités, l'échelle visuelle analogique et également les échelles du Mc Gill Pain

Questionnaire ainsi que sa version française qui est le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine [44].

La prise en charge repose également sur des thérapeutiques telles que le Paracétamol et les Anti-inflammatoires, ou encore l'application locale de glace. En effet, durant le post-partum immédiat, plusieurs moyens antalgiques peuvent être mis en place [44].

Tout d'abord, des techniques médicamenteuses à l'aide de Paracétamol en première intention pour des douleurs faibles à modérées. Cependant, celui-ci utilisé seul n'est, en général, pas suffisant pour atténuer la douleur ressentie. Il faut alors lui associer des Anti-inflammatoires non stéroïdiens. La Codéine peut aussi être utilisée, mais elle entraîne plus d'effets indésirables et ne doit pas être utilisée en cas d'allaitement maternel [49-52].

Ensuite, des techniques non médicamenteuses sont aussi envisageables, telles que l'application de glace ou l'application de plantes comme le démontre Urion en 2004. Cette étude démontre aussi que des thérapies par ultrasons, ou énergies électromagnétiques pulsées peuvent être utilisées pour lutter contre les douleurs périnéales persistantes [51].

V. La rééducation périnéale

La rééducation du post-partum doit être abordée de manière globale à la suite d'un bilan adapté et de la définition d'objectifs spécifiques à la patiente. La prise en charge rééducative globale du post-partum comprend 3 grands axes :

- Une prise en charge **périnéo-pelvienne**,
- Une prise en charge **pelvi-rachidienne**,
- Une prise en charge de la **sangle abdominale** [53].

Seule sera abordée la prise en charge périnéo-pelvienne.

La rééducation périnéale n'est pas systématique ni obligatoire. Elle n'est pas recommandée chez la femme asymptomatique [49]. Lors de leur séjour en suites de couches, les patientes sont informées, par les sages-femmes, de l'impact que la grossesse et l'accouchement ont au niveau de leur périnée. En effet, ceux-ci provoquent un étirement et une pression importante, ce qui entraîne une fragilisation des muscles périnéaux. A la suite de cette information, la visite post-natale est évoquée. Elle est obligatoire 6 à 8 semaines après l'accouchement. C'est au cours de celle-ci que la tonicité du périnée sera évaluée par un testing périnéal afin de déterminer si des séances de rééducation vont être nécessaires ou non. Ces séances sont généralement au nombre de dix, à raison de deux par semaine et sont remboursées à 100% par l'assurance maladie. Elles peuvent être effectuées par une sage-femme ou par un kinésithérapeute. Chez la femme symptomatique, le but de la rééducation périnéale du post-partum est de redonner à la patiente un périnée indolore, et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts [53, 54].

Avant chaque rééducation, un bilan reprenant l'évaluation du plancher pelvien ainsi qu'une évaluation de la douleur doivent être réalisés par le professionnel de santé à travers un interrogatoire et un examen clinique. Ce bilan va permettre de cibler la prise en charge adaptée à la patiente et de visualiser une évolution des résultats au fil des séances. De plus, il est nécessaire de s'assurer que la femme possède des connaissances sur le périnée afin qu'elle puisse mieux visualiser les exercices demandés et ainsi permettre une rééducation plus efficace. C'est pourquoi il est nécessaire de réaliser une information préalable à l'aide de schémas anatomiques simples afin de mieux faire

comprendre les différents troubles périnéaux engendrés par la grossesse et l'accouchement [53].

Lors de ce bilan, la douleur présente doit être caractérisée et localisée. D'après l'ANAES, il existe un test, peu réalisé en France mais fiable, permettant de mettre en évidence des douleurs pelviennes du post-partum. C'est le « test active straight leg raise ». Il consiste, avec une patiente installée en décubitus dorsal, en une élévation du pied de vingt centimètres au dessus de la table d'examen sans fléchir le genou. Pour chaque côté la patiente évalue entre 0 et 5 la difficulté de réalisation du mouvement [53].

1. Différentes techniques de rééducation périnéale

La rééducation périnéale utilise différentes techniques. Ces différentes techniques doivent être expliquées clairement à la patiente. Suite à ces explications, un consentement de la patiente est nécessaire pour pouvoir débiter la rééducation périnéale [53].

a) Manuelle

La rééducation manuelle représente une stimulation directe restant le meilleur moyen de travailler une région en permettant à la patiente de la localiser. Il est demandé à la patiente de réaliser une contraction volontaire des muscles du périnée. Le praticien vérifie cette contraction sur le mode du testing périnéal, et s'assure de l'absence de contraction synergique involontaire des abdominaux, des fessiers ou des adducteurs afin de ne pas aggraver les possibles incontinences urinaires ou prolapsus déjà présents. La patiente peut également contrôler elle-même son travail par l'utilisation d'un miroir ou à l'aide de son doigt posé sur le centre tendineux du périnée afin d'en vérifier l'ascension. Le temps de repos est le double du temps de la contraction afin de ne pas fatiguer les muscles trop rapidement et de pouvoir réaliser une rééducation efficace. Les recommandations précisent que les exercices du plancher pelvien améliorent la force du plancher pelvien et diminuent les incontinences urinaires [54].

Il y a 2 phases de travail. La première a pour but d'augmenter l'intensité et l'endurance du muscle. La seconde est celle des résistances ajoutées et du verrouillage à

l'effort. Les résistances peuvent être induites soit par la patiente lors d'une respiration abdominale, soit par des résistances extérieures ou encore par des situations défavorables telles que la toux [54].

La rééducation de la sangle abdominale ne pourra commencer, si besoin, que lorsque la rééducation périnéale sera terminée et que l'on aura obtenu un test satisfaisant des muscles élévateurs [54].

b) Electrostimulation

Le principe de la rééducation par électrostimulation est de stimuler les fibres nerveuses périphériques au moyen d'impulsions électriques brèves transmises par des électrodes placées le plus proche possible du nerf pudendal afin de provoquer une contraction du plancher pelvien. Le temps de stimulation est en moyenne de vingt minutes et cette stimulation représente une grande aide en cas d'inversion de la commande ou lorsque le testing du périnée est inférieur ou égal à deux. Il existe différents programmes qui peuvent être modifiés au niveau de la puissance et de l'intensité que l'on veut exercer sur le périnée. Celles-ci seront choisies par la sage-femme selon la prise en charge qui lui paraît la plus adaptée. En cas de lésions nerveuses récentes à la suite d'un accouchement voie basse, l'électrostimulation sera à éviter car l'application d'un courant peut entraîner un retard de régénération nerveuse [53, 54].

c) Biofeedback

D'après l'ANAES, la rééducation par biofeedback est la technique la plus couramment utilisée lors d'un affaiblissement du plancher pelvien ou d'une incontinence urinaire. La patiente visualise l'enregistrement électrique effectué à l'aide d'une sonde vaginale et, un signal sonore ou visuel permet de matérialiser la contraction et le relâchement des muscles volontairement contractés. Cela lui permet de voir la vitesse, la force et l'amplitude de la contraction tout en lui donnant la possibilité de corriger les défauts observés. Ce travail utilise un résultat global de la force musculaire obtenu par la mobilisation des muscles [53, 54].

d) Autres techniques

Il existe aussi la gymnastique abdominale hypopressive permettant d'augmenter le tonus de la sangle abdominale et du plancher pelvien tout en prévenant la ptose des organes et en normalisant la posture. C'est un ensemble d'exercices posturaux [10].

Le concept abdo-périnéo-MG correspond à des exercices respiratoires dans différentes positions à l'aide d'un embout d'exsufflation permettant de réguler et d'évaluer la qualité du souffle. Ce concept doit être débuté en pré-partum, et se poursuivre jusqu'à dans le post-partum [10].

La méthode de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale permet de retrouver un contrôle volontaire des muscles striés du périnée responsables des dysfonctionnements urinaires, digestifs et sexuels. Elle consiste à faire effectuer des tractions à une femme allongée sur une demi-bûche à l'aide d'un élastique solidaire à cette bûche [10].

La connaissance et maîtrise du périnée s'appuie sur un questionnaire relevant les symptômes et les habitudes de vie de la femme. Celui-ci est associé à un bilan clinique et à de possibles examens complémentaires afin de mettre en place un ensemble de traitements adaptés visant l'autonomie de la femme [10].

L'approche posturo-respiratoire développée par De Gasquet s'appuie sur l'observation du mouvement, la conscience du corps et l'analyse de la fonction périnéale et propose des adaptations posturales pour tous les moments de la vie permettant de limiter les pressions sur le périnée [10].

La méthode périnée et mouvement développé par Calai-Germain, met en jeu le périnée dans le corps qui réalise différents mouvements le sollicitant [10].

L'autonomie est une approche globale s'intéressant aux sensations du corps afin d'harmoniser la tonicité globale du corps. Contrairement aux approches traditionnelles, elle apprend à relâcher le périnée afin qu'il retrouve sa mobilité et sa souplesse nécessaires à sa fonctionnalité [10].

2. Efficacité de la rééducation périnéale

Il faut bien expliquer à la patiente qu'un travail personnel entre les séances est nécessaire pour une réelle efficacité sur le long terme. Pour cela, quelques petits exercices simples expliqués lors de la séance seront à reproduire chez elle [54].

Les résultats de la rééducation périnéale du post-partum sont encourageants d'après l'ANAES, mais il semble difficile de proposer un protocole précis étant donné la diversité de ceux décrits dans les différentes études. Il ressort tout de même que l'association de techniques différentes semble être plus efficace qu'une utilisation unique isolée [54].

3. Douleur du post-partum et rééducation périnéale

D'après l'ANAES, les techniques antalgiques par agents physiques ont été évaluées. Seule la cryothérapie semble montrer une efficacité sur les douleurs périnéales mais son utilisation n'est pas systématiquement acceptée par toutes les femmes. Il existe aussi la technique du massage périnéal afin d'assouplir la cicatrice et de diminuer les douleurs ou encore un programme spécifique d'électrostimulation continue, mais ces techniques n'ont pas été assez évaluées [54].

POPULATION ET METHODE

1. Objectifs

a) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la prévalence des douleurs périnéales 6 à 8 semaines après un accouchement voie basse.

b) Critère de jugement

Le critère de jugement de l'objectif principal est le nombre de femmes qui sont « positives » au questionnaire d'évaluation de la douleur de Saint-Antoine, étant la version française du McGill Pain questionnaire, ainsi qu'au questionnaire concis de la douleur [55].

c) Objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude est de mesurer l'évolution des douleurs périnéales à 14 semaines après un accouchement voie basse.

d) Critère de jugement

Le critère de jugement de l'objectif secondaire est le nombre de femmes qui sont « positives » au questionnaire d'évaluation de la douleur de Saint-Antoine, étant la version française du McGill Pain questionnaire, ainsi qu'au questionnaire concis de la douleur [55].

2. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude descriptive de prévalence à visée observationnelle.

L'étude comporte 2 volets :

- Le **volet 1** répondant à l'objectif principal par l'intermédiaire du questionnaire 1 (Annexe 3).
- Le **volet 2** répondant à l'objectif secondaire par l'intermédiaire du questionnaire 2 (Annexe 4).

3. Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée du 22 octobre 2015 au 01 Février 2016.

4. Lieux de l'étude

L'étude a été réalisée au sein de 7 cabinets de sages-femmes libérales se situant dans le Puy-de-Dôme.

Un courriel a été envoyé aux sages-femmes libérales du Puy-de-Dôme référenciées sur le site internet du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairesflib/>) afin de leur présenter l'étude et de leur demander leur accord de participation. Les 7 cabinets inclus ont accepté de participer à l'étude.

5. Population cible

La population cible de cette étude était les femmes ayant accouchées par voie basse et étant suivies obstétricalement dans le département du Puy-de-Dôme.

6. Population source

La population source de cette étude était les femmes ayant accouchées par voie basse et étant suivies obstétricalement dans les 7 cabinets de sages-femmes libérales inclus dans l'étude.

7. Critères de sélection des accouchées

a) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants :

- Patiente majeure,
- Patiente parlant français,
- Patiente ayant accouché par voie basse,
- Patiente ayant réalisé leur visite post-natale ou leur première séance de rééducation périnéale au sein d'un cabinet de sage-femme libérale dans les 6 à 10 semaines de leur post-partum.

b) Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu pour cette étude.

8. Le recueil des données

a) Les variables recueillies

Le volet 1 comportait 2 parties :

- La première partie comprenait des données socio-démographiques ainsi que des données obstétricales.
- La deuxième partie comprenait les questionnaires d'évaluation de la douleur de Saint-Antoine ainsi que la version française du McGill Pain Questionnaire.

Le volet 2 comportait 3 parties :

- La première partie comprenait des données permettant d'associer les 2 volets à la même patiente afin de ne pas lever l'anonymat.
- La deuxième partie comprenait les questionnaires d'évaluation de la douleur de Saint-Antoine ainsi que la version française du McGill Pain Questionnaire.
- La troisième partie comprenait des données sur la réalisation de la rééducation périnéale

b) Le circuit des données

Un premier questionnaire papier constituant le **volet 1** de l'étude (Annexe 3) fut distribué au sein de cabinets de sages-femmes libérales aux patientes éligibles lors de leur visite post-natale ou lors de leur premier rendez-vous de rééducation périnéale.

Les sages-femmes libérales étaient chargées d'expliquer le but de l'étude et de leur remettre le formulaire d'information (Annexe 5) ainsi que de recueillir le consentement de la patiente (Annexe 6). Ce formulaire d'information permettait d'expliquer l'étude réalisée, les informait de l'existence d'un deuxième questionnaire en ligne et leur rappelait l'anonymat.

La restitution de ces premiers questionnaires se faisait par les sages-femmes libérales qui les remettaient dans une pochette prévue à cet effet et qui était récupérée environ toutes les quatre semaines.

Le deuxième questionnaire informatisé constituant le volet 2 de l'étude leur fut adressé par l'intermédiaire de leur adresse mail. Celle-ci leur était demandée sur le consentement (Annexe 6). Le lien informatique du questionnaire leur a donc été envoyé afin qu'elles puissent y répondre 6 semaines après la réalisation du volet 1.

9. L'informatisation

a) Le codage des données

Les données binaires ont été codées par oui = 1 et non = 0. Un exemple de codage pour les données multiples se trouve en annexe 7.

Le codage concernant l'intensité des douleurs périnéales représentées à l'aide des schémas a été réalisé comme suit :

- 0 = pas de douleur
- 1 = douleur superficielle
- 2 = douleur profonde
- 3 = douleur intense

Ce codage à été réalisé pour chaque zone douloureuse représentée par les accouchées.

b) La saisie des données

Les données résultant du **volet 1** ont été saisies sur un support informatique par fichier Excel®. Les données du **volet 2** ont été saisies informatiquement de manière automatique par l'application Google drive®.

c) Le contrôle qualité

Une relecture à été effectuée afin d'éviter les doublons.

10. L'analyse des données

a) Les tests statistiques utilisés

Un pourcentage de chaque variable a été calculé afin d'évaluer les différentes proportions. Puis une moyenne ainsi qu'un intervalle de confiance (IC) ont été établis pour les différentes douleurs :

- Le type de douleur ressentie
- La douleur ressentie la plus faible
- La douleur ressentie la plus forte
- La douleur ressentie en général
- La douleur ressentie au moment de la réalisation du questionnaire
- Les gênes provoquées par la douleur

Si les intervalles de confiance des moyennes des douleurs étaient différents entre les 2 volets, alors les douleurs ressenties étaient jugées statistiquement différentes.

Les moyennes du tableau IV, ont été calculées sur 4. En effet, les femmes avaient le choix de coter leur douleur entre 0 et 4. Celles du tableau VI, des graphiques 1 et 2 ont été calculées sur 10 car les femmes devaient évaluer leur douleur entre 0 et 10.

b) Le logiciel d'analyse utilisé

Le logiciel d'analyse utilisé est Excel®, version 2007.

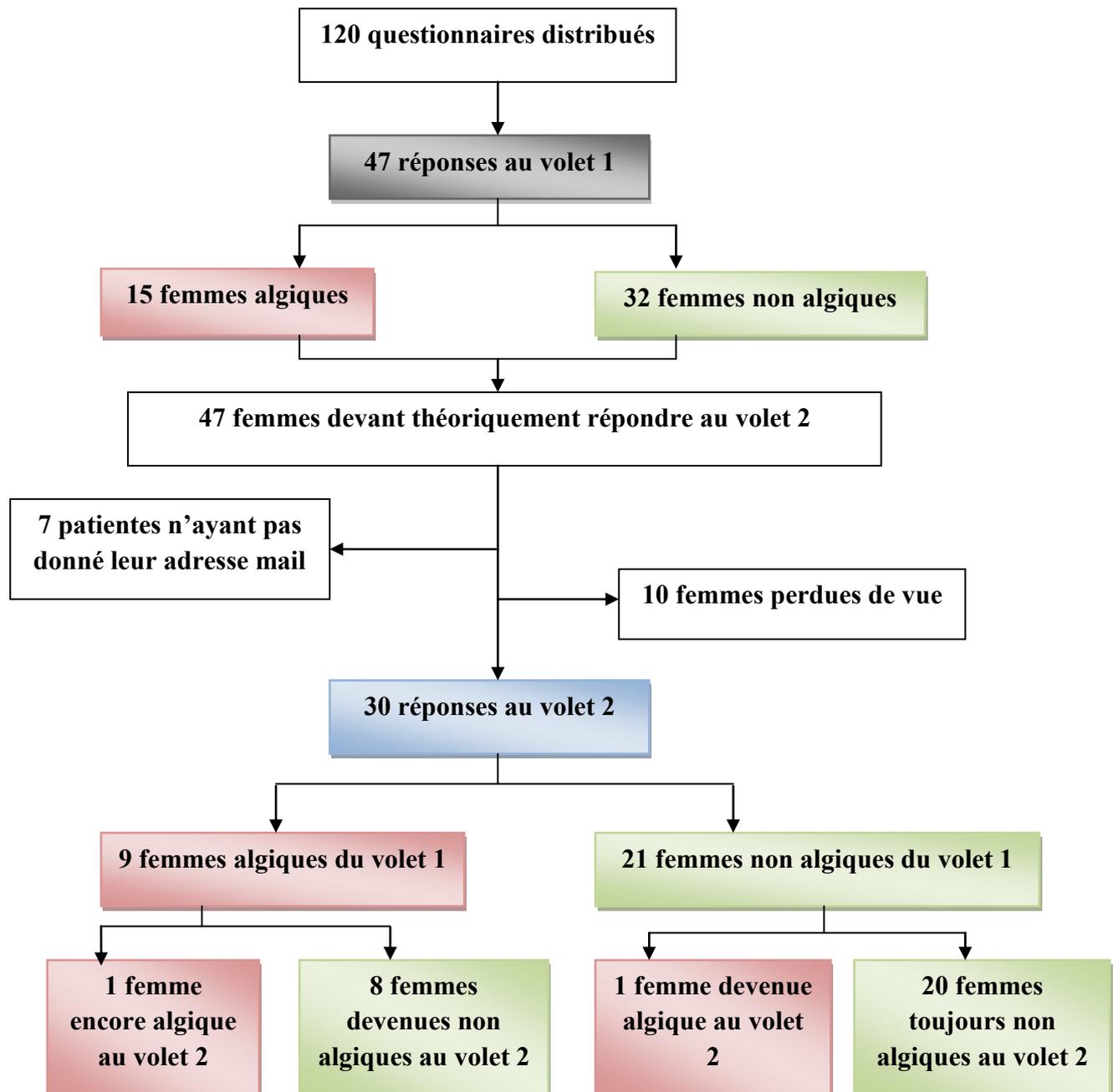
11. Aspects éthique et réglementaire

Afin de respecter les aspects éthiques et réglementaires, un formulaire d'information expliquant précisément l'étude réalisée ainsi qu'un consentement à signer ont été remis aux accouchées au préalable de la distribution du volet 1.

RESULTATS

1. Introduction

Durant la période de l'étude, 47 questionnaires ont été récoltés. Le graphique 1 représente le diagramme de flux des participantes à l'étude. Cinq femmes ont répondu au volet 1 de l'étude 14 semaines après leur accouchement. Leurs réponses ont été considérées comme identiques à 6 semaines du post-partum.



Graphique 1: Diagramme de flux représentant les patientes participant à l'étude.

Les tableaux I et II sont organisés comme suit :

- Les deux premières colonnes correspondent aux femmes algiques et non algiques ayant répondu uniquement au volet 1 ;
- Les quatre dernières colonnes concernent uniquement les femmes qui ont répondu aux deux volets de l'étude :
 - Femmes algiques uniquement lors du volet 1
 - Femmes algiques uniquement lors du volet 2
 - Femmes algiques lors du volet 1 ainsi que lors du volet 2
 - Femmes non algiques lors des 2 volets.

2. Données socio-démographiques

Le tableau I reprend les données socio-démographiques des 47 femmes ayant participé à l'étude.

La majorité des femmes ayant participé à l'étude avaient entre 25 et 30 ans. Cette classe d'âge représentait également la majorité des patientes algiques à 6-8 semaines du post-partum. A 14 semaines, les patientes algiques avaient entre 20-24 ans et 31-35 ans.

Un indice de masse corporelle normal (IMC), compris entre 18,5 et 25, caractérisait la majorité des femmes ayant répondu à ces questionnaires ainsi que des femmes présentant des douleurs périnéales à 6-8 semaines du post-partum. A 14 semaines, les femmes algiques avaient un IMC compris entre 18,5 et 30.

Concernant la prise de poids, le palier de 5 à 15 kg représentait la principale prise de poids des femmes sur la globalité de l'étude. Chez les femmes algiques à 6-8 semaines du post-partum, la prise de poids majeure était comprise entre 11 et 20 kg. A 14 semaines, elle allait de moins de 5 kg à 10 kg.

Tableau I : Effectifs et pourcentages selon les données socio-démographiques.

Critères	Uniquement Volet 1		Volet 1 et 2			
	Algiques n (%)	Non algiques n (%)	Algiques Volet 1 n (%)	Algiques Volet 2 n (%)	Algiques Volet 1 et 2 (%)	Non algiques (%)
Âge (ans)						
20-24		4 (40,00)			1 (100,00)	
25-30	5 (71,42)	2 (20,00)	5 (62,50)			15 (75,00)
31-35	1 (14,29)	3 (30,00)	1 (12,50)	1 (100,00)		2 (10,00)
> 35	1 (14,29)	1 (10,00)	2 (25,00)			3 (15,00)
IMC						
<18,5		1 (10,00)				1 (5,00)
18,5-25	6 (85,71)	9 (90,00)	5 (62,50)	1 (100,00)		14 (70,00)
25-30			3 (37,50)		1 (100,00)	3 (15,00)
30-35	1 (14,29)					2 (10,00)
Prise de poids (Kg)						
<5	1 (14,29)				1 (100,00)	
5-10	1 (14,29)	4 (40,00)	3 (37,50)	1 (100,00)		6 (30,00)
11-15	2 (28,57)	2 (20,00)	3 (37,50)			7 (35,00)
16-20	2 (28,57)	3 (30,00)	2 (25,00)			4 (20,00)
21-25	1 (14,29)	1 (10,00)				2 (10,00)
> 25						1 (5,00)
Effectifs	7	10	8	1	1	20

3. Données obstétricales

Le tableau II reprend les données obstétricales des 47 femmes ayant participé à l'étude.

Les primigestes et les primipares représentaient la majorité des femmes ayant participé à l'étude ainsi que des femmes algiques à 6 et 14 semaines du post-partum. Il n'y avait aucune troisième ou quatrième geste algique. Il en était de même pour les troisième pares.

La majorité des nouveaux-nés étaient nés à terme. Les nouveaux-nés des femmes algiques à 6, 8 et 14 semaines du post-partum étaient tous nés à terme à l'exception d'un terme non renseigné.

La majorité des voies basses n'avait nécessité aucune extraction instrumentale. La ventouse représente la première extraction instrumentale utilisée. En revanche, le forceps ne représente qu'un faible pourcentage d'utilisation. La moitié des ventouses ont été réalisées sur des femmes restant algiques dans le post-partum. De plus, la totalité des femmes ayant eu une ventouse associée à un forceps ressentent des douleurs périnéales persistantes. Lors des voies basses spontanées, seul un quart des femmes ont ressenties des douleurs périnéales persistantes dans le post-partum.

La totalité des présentations fœtales étaient céphaliques.

La moitié des nouveaux-nés ainsi que la totalité des nouveaux-nés des femmes algiques à 14 semaines avaient un poids compris entre 3 000g et 3 500g. Les nouveaux-nés des femmes algiques à 6-8 semaines du post-partum avaient un poids compris entre 3 000g et 4 000g.

La fréquence des déchirures périnéales était équivalente à celle des périnées intacts. Seulement, à 6-8 semaines du post-partum, il y avait légèrement plus de femmes algiques ayant présenté des douleurs suite à une déchirure périnéale.

Un tiers des femmes avait nécessité la réalisation d'une épisiotomie. Il y a davantage de femmes algiques à 6-8 semaines du post-partum n'ayant pas eu d'épisiotomie de réalisé. En revanche, la totalité des femmes algiques à 14 semaines ont subi une épisiotomie.

Les trois catégories d'allaitement étaient équivalentes. Il y avait quasiment autant de femmes n'ayant pas allaité, ayant allaité quelques temps que de femmes allaitant toujours. Nous pouvons voir que les femmes ayant allaité quelques temps ressentaient plus de douleurs périnéales persistantes du post-partum.

Tableau II : Effectifs et pourcentages totaux et algiques selon les données obstétricales.

Critères	Uniquement Volet 1		Volet 1 et 2			
	Algiques	Non algiques	Algiques Volet 1	Algiques Volet 2	Algiques Volet 1 et 2	Non algiques
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Gestité						
1	5 (71,43)	4 (40,00)	5 (62,50)		1 (100,00)	12 (60,00)
2	2 (28,57)	5 (50,00)	3 (37,50)	1 (100,00)		5 (25,00)
3		1 (10,00)				2 (10,00)
4						1 (5,00)
Parité						
1	5 (71,43)	5 (50,00)	5 (62,50)		1 (100,00)	12 (60,00)
2	2 (28,57)	5 (50,00)	3 (37,50)	1 (100,00)		6 (30,00)
3						2 (10,00)
Terme (SA)						
< 37		1 (10,00)				1 (5,00)
37-41	7 (100,00)	9 (90,00)	7 (87,50)	1 (100,00)	1 (100,00)	15 (75,00)
> 41						2 (10,00)
NR*			1 (12,50)			
Extraction						
Aucune	4 (57,14)	9 (90,00)	5 (62,50)	1 (100,00)		14 (70,00)
Ventouse	2 (28,57)	1 (10,00)	3 (37,50)		1 (100,00)	6 (30,00)
Forceps	1 (14,29)					
Présentation fœtale						
Céphalique	7 (100,00)	10 (100,00)	8 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	20 (100,00)
Poids fœtal						
< 2 500		1 (10,00)				2 (10,00)
2 500-3 000		2 (20,00)				5 (25,00)
3 000-3 500	3 (42,86)	4 (40,00)	6 (75,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	9 (45,00)
3 500-4 000	4 (57,14)	2 (20,00)	1 (12,50)			3 (15,00)
> 4 000		1 (10,00)	1 (12,50)			1 (5,00)
Déchirure périnéale						
Oui	4 (57,14)	4 (40,00)	5 (62,50)			8 (40,00)
Non	3 (42,86)	6 (60,00)	3 (37,50)	1 (100,00)	1 (100,00)	12 (60,00)
Episiotomie						
Oui	2 (28,57)	8 (80,00)	4 (50,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	6 (30,00)
Non	5 (71,43)	2 (20,00)	4 (50,00)			14 (70,00)
Allaitement						
Oui	2 (28,57)	4 (40,00)	2 (25,00)	1 (100,00)		6 (30,00)
Arrêt	3 (42,86)	1 (10,00)	2 (25,00)		1 (100,00)	7 (35,00)
Non	2 (28,57)	4 (40,00)	4 (50,00)			7 (35,00)
NR*		1 (10,00)				
Effectifs	7	10	8	1	1	20

* : Non renseigné

4. Douleurs persistantes dans le post-partum

Le tableau III représente les douleurs périnéales persistantes à 6-8 semaines du post-partum et à 14 semaines du post-partum.

Sur les 47 questionnaires récoltés, un tiers des femmes présentait encore des douleurs périnéales entre 6 et 8 semaines du post-partum. Le taux de ces douleurs persistantes a été divisé par 3,5 à 14 semaines du post-partum.

Tableau III : Effectif et pourcentage des douleurs périnéales persistantes à 6-8 semaines et à 13 semaines du post-partum.

Critères	Uniquement Volet 1 n (%)	Volet 1 et 2		
		Volet 1 n (%)	Volet 2 n (%)	Volet 1 et 2 n (%)
Algie				
Oui	7 (41,18)	8 (26,67)	1 (3,33)	1 (3,33)
Non	10 (58,82)	22 (73,33)	29 (96,67)	29 (96,67)
Effectifs	17		30	

5. Types de douleurs périnéales

Le tableau IV caractérise le type des douleurs périnéales.

Les types de douleurs les plus fréquentes à 6-8 semaines du post-partum étaient les douleurs de type d'élanement, de brûlure, pénétrante, ou encore, entraînant une lourdeur périnéale. Elles furent le plus souvent qualifiées d'énervantes ou d'exaspérantes. En revanche, aucune de ces douleurs n'était ressentie comme insupportable et seules quelques douleurs furent déprimantes pour la femme.

A 14 semaines du post-partum, les douleurs les plus fréquentes étaient les tiraillements puis les fourmillements et les brûlures. Ces douleurs ont le plus souvent été qualifiées de pénétrantes et d'énervantes.

Tableau IV : Moyennes et intervalles de confiance à 95% des différents types de douleurs périnéales ressenties lors des 2 volets de l'étude.

Critères	Moyenne à 6-8 semaines	[IC] à 95%	Moyenne à 14 semaines	[IC] A 95%
Elancement	0,69	[0,27 ; 1,10]	0,50	[0,13 ; 0,87]
Pénétrante	0,56	[0,09 ; 1,03]	1	[0,26 ; 1,74]
Décharge électrique	0,44	[0,05 ; 0,82]	0,50	[0,13 ; 0,87]
Coup de poignard	0,31	[-0,06 ; 0,68]	0	[0,00 ; 0,00]
En étou	0,19	[-0,10 ; 0,47]	0,50	[0,13 ; 0,87]
Tiraillement	1,31	[0,81 ; 1,81]	2	[1,26 ; 2,74]
Brûlures	0,50*	[0,07 ; 0,93]	2,5*	[2,13 ; 2,87]
Fourmillement	0,31	[-0,06 ; 0,68]	1	[0,26 ; 1,74]
Lourdeur	0,75*	[0,30 ; 1,20]	0*	[0,00 ; 0,00]
Epuisante	0,00	[0,00 ; 0,00]	0	[0,00 ; 0,00]
Angoissante	0,19	[-0,02 ; 0,40]	0	[0,00 ; 0,00]
Obsédante	0,06	[-0,07 ; 0,19]	0	[0,00 ; 0,00]
Insupportable	0,00	[0,00 ; 0,00]	0	[0,00 ; 0,00]
Enervante	0,37	[-0,09 ; 0,84]	2	[0,51 ; 3,49]
Exaspérante	0,25	[-0,16 ; 0,66]	0	[0,00 ; 0,00]
Déprimante	0,19	[-0,10 ; 0,47]	0	[0,00 ; 0,00]

*: Moyennes statistiquement différentes à 6-8 semaines et à 14 semaines du post-partum.

6. Localisations des douleurs périnéales

Les figures 1 et 2 et le tableau V représentent la localisation et l'intensité des douleurs périnéales.

A 6-8 semaines du post-partum, la fourchette était la zone anatomique la plus douloureuse devant le vagin. Dans ces zones, les douleurs étaient principalement superficielles et intenses.

A 14 semaines du post-partum, le vagin était la zone anatomique la plus douloureuse.

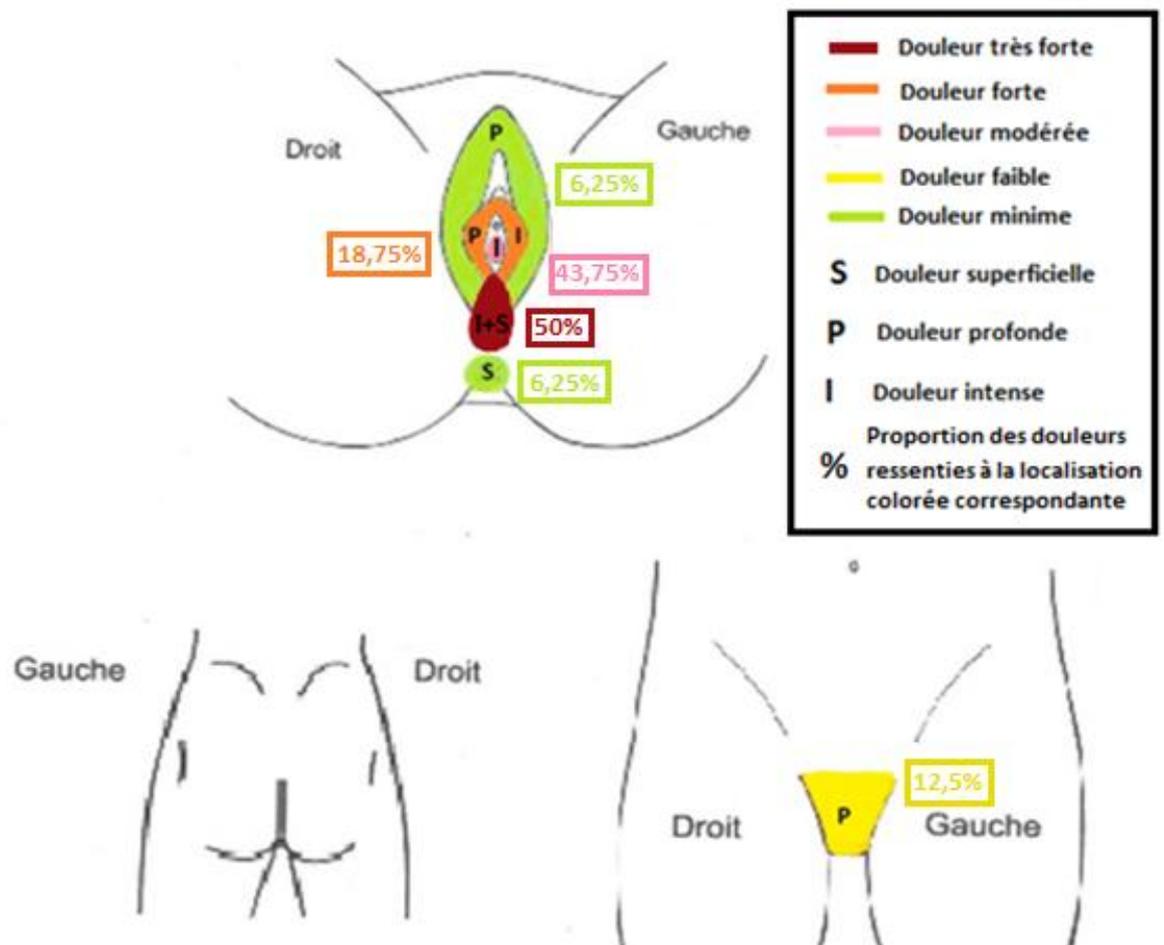


Figure 1 : Localisation des douleurs périnéales persistantes à 6-8 semaines du post-partum.

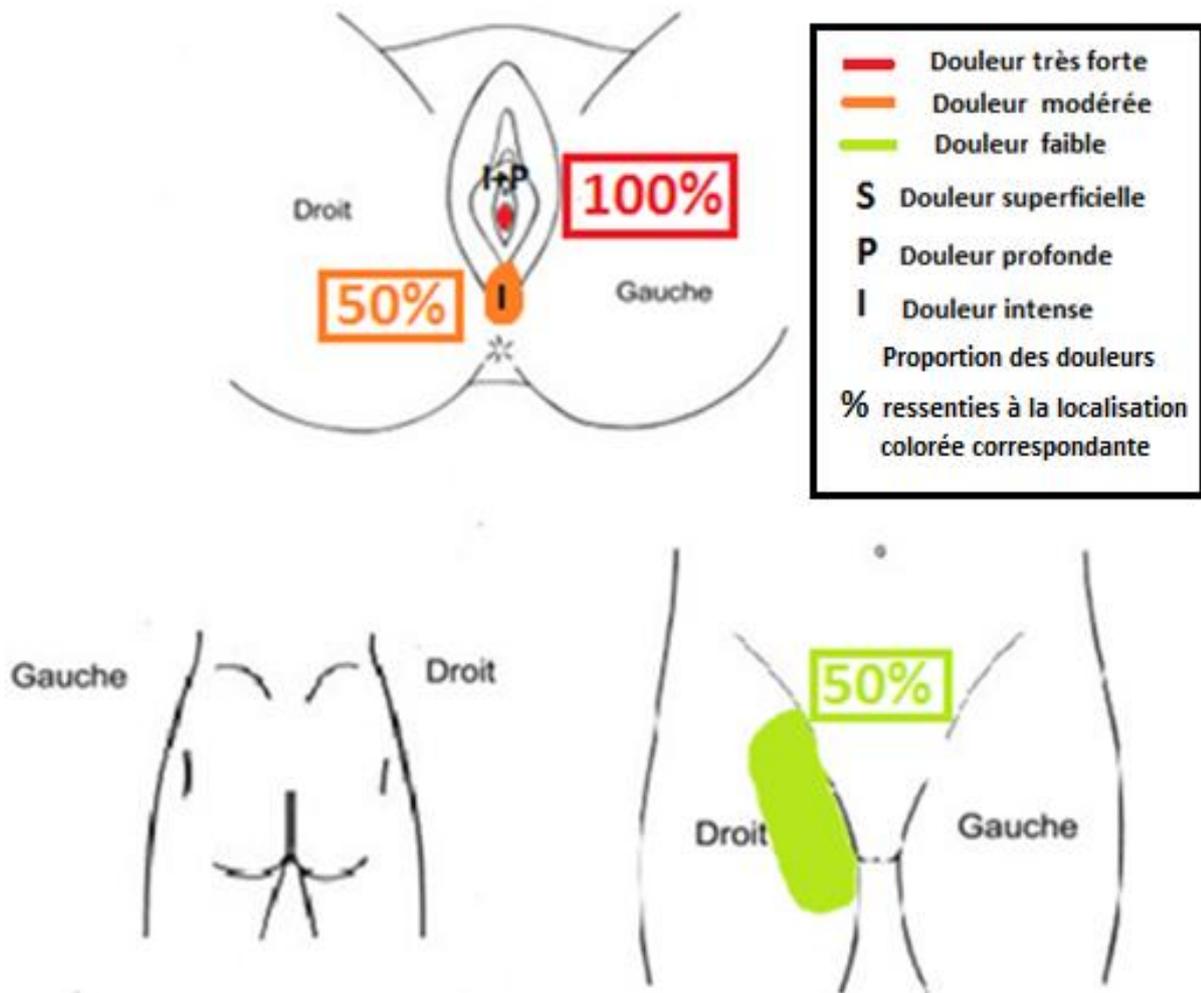


Figure 2 : Localisation des douleurs périnéales persistantes à 14 semaines du post-partum.

Les chiffres en gras, du tableau V, représentent les effectifs totaux des femmes ressentant une douleur à la localisation indiquée. Les femmes pouvaient caractériser leur douleur à l'aide de trois lettres correspondant à douleur superficielle, douleur profonde et douleur intense. Les autres résultats correspondent à ces caractéristiques. Sachant que les femmes pouvaient indiquer plusieurs lettres, la totalité des pourcentages ne représente pas 100%.

Tableau V : Localisation des douleurs périnéales persistantes à 6 semaines et à 14 semaines du post-partum.

Critères	Effectifs à 6 semaines (%)	Effectifs à 13 semaines (%)
Fourchette	8 (50,00)	1 (50,00)
Superficiel	4 (50,00)	
Profond	2 (25,00)	
Intense	4 (50,00)	1 (100,00)
Vagin	7 (43,75)	2 (100,00)
Superficiel	2 (28,57)	
Profond	2 (28,57)	1 (50,00)
Intense	4 (57,14)	1 (50,00)
Pubis	2 (12,50)	
Profond	2 (100,00)	
Intense	1 (50,00)	
Petites lèvres	3 (18,75)	
Superficiel	1 (33,33)	
Profond	2 (66,67)	
Intense	2 (66,67)	
Grandes lèvres	1 (6,25)	
Profond	1 (100,00)	
Anus	1 (6,70)	
Superficiel	1 (100,00)	
Cuisse droite		1 (50,00)

7. Moyennes des douleurs périnéales

Le tableau VI définit la moyenne des douleurs périnéales à différents moments.

La douleur ressentie la plus intense était plus élevée à 14 semaines de post-partum. En revanche, la douleur ressentie la plus faible était la plus élevée à 6-8 semaines de post-partum. La douleur ressentie en général était plus élevée, et la douleur ressentie sur le moment était plus faible à 6 semaines du post-partum.

Tableau VI : Moyennes et intervalles de confiance à 95% des douleurs persistantes

Critères	Moyenne à 6 semaines	[IC] à 95%	Moyenne à 13 semaines	[IC] à 95%
Douleur ressentie la plus intense au cours des 7 derniers jours	3,26	[2,31 ; 4,68]	5	[3,51 ; 6,48]
Douleur ressentie la plus faible au cours des 7 derniers jours	1,07 *	[0,36 ; 1,63]	0 *	[0,00 ; 0,00]
Douleur périnéale ressentie en général	2,26 *	[1,20 ; 3,04]	1 *	[1,00 ; 1,00]
Douleur périnéale ressentie en ce moment	1,07	[0,36 ; 1,63]	1	[0,26 ; 1,74]

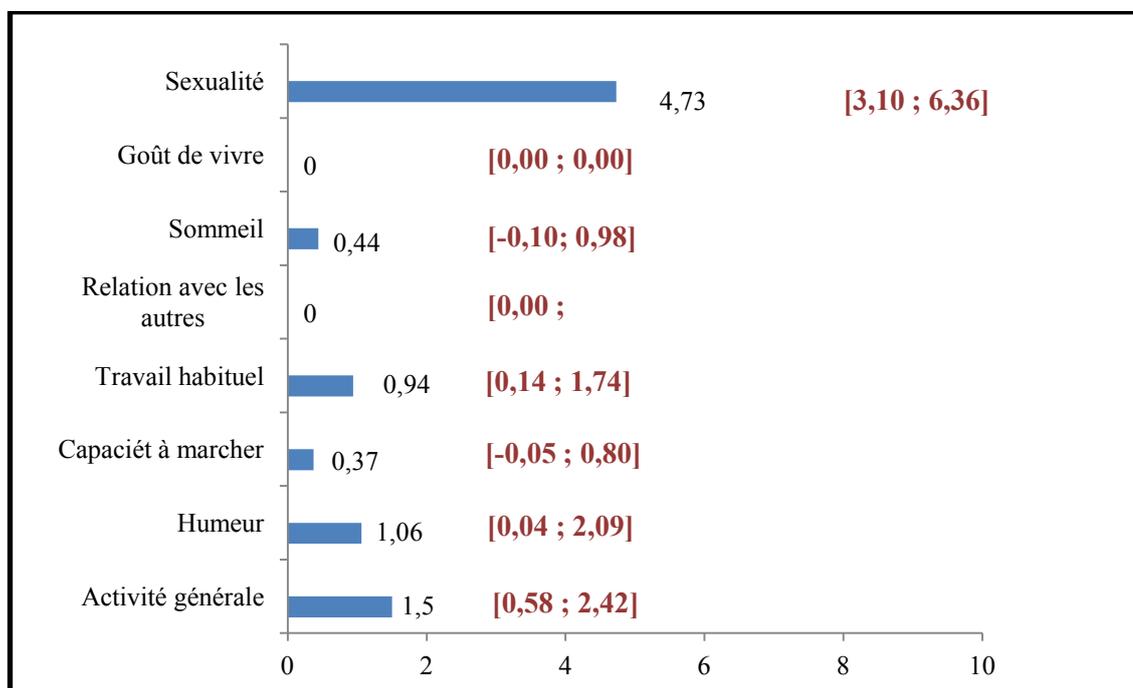
*: Moyennes statistiquement différentes à 6-8 semaines et à 14 semaines du post-partum.

8. Moyenne de la gêne provoquée par la douleur

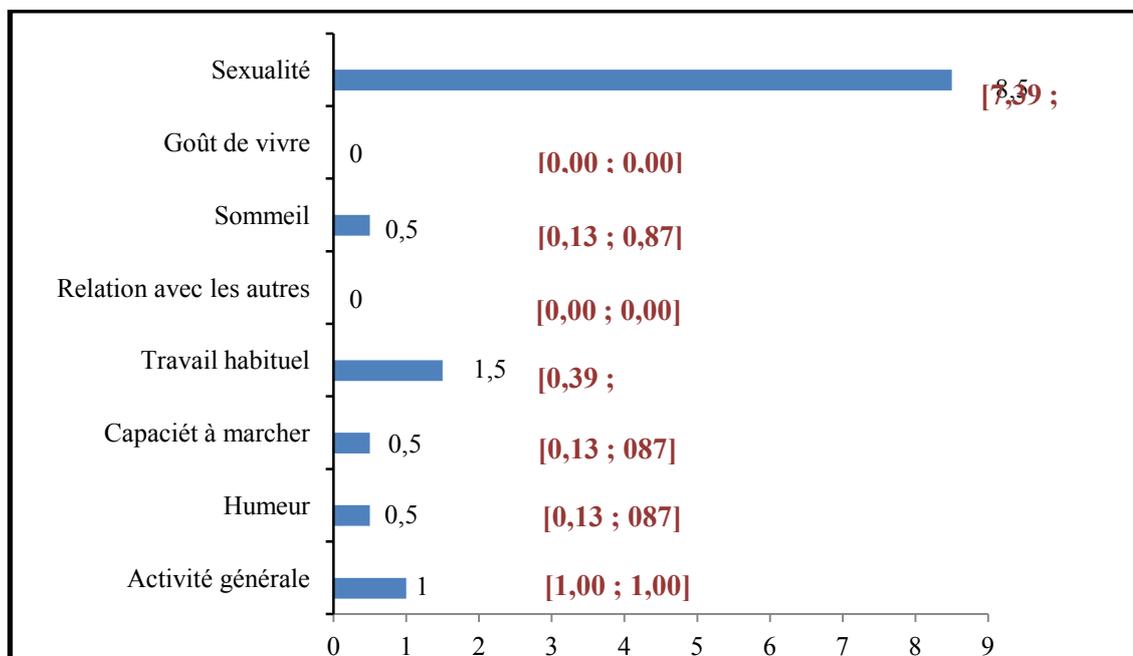
Les graphiques 1 et 2 représentent les gênes occasionnées par les douleurs périnéales à 6-8 semaines du post-partum puis à 14 semaines du post-partum.

A 6-8 semaines du post-partum, les dyspareunies représentaient la gêne la plus importante des douleurs périnéales persistantes des femmes participant à cette étude. L'humeur ainsi que l'activité générale étaient aussi impactées par ces douleurs.

A 14 semaines du post-partum, les dyspareunies restaient la douleur la plus importante.



Graphique 1 : Moyennes et intervalles de confiance à 95% des gênes occasionnées par les douleurs périnéales à 6 semaines du post-partum.



Graphique 2 : Moyennes et intervalles de confiance à 95% des gênes occasionnées par les douleurs périnéales à 13 semaines du post-partum.

9. Traitements

Le tableau VII représente les différents types de traitements utilisés contre la douleur périnéale ainsi que le soulagement qu'ils ont engendré.

A 6-8 semaines du post-partum, la totalité des traitements étaient médicamenteux. Cependant la majorité des femmes algiques n'utilisaient aucun traitement malgré la douleur. Le soulagement le plus important fut obtenu lors de l'application de la crème Xylocaïne ainsi que du Cuprum Métallicum D1.

A 14 semaines du post-partum, seul le massage de la cicatrice fut utilisé comme traitement. Ce traitement n'apporta aucun soulagement.

Tableau VII : Traitements utilisés et soulagement ressenti.

Critères	Effectifs à 6 semaines n (%)	Effectifs à 13 semaines n (%)	Soulagement (%)
Aucun traitement	12 (80,00)		
Paracétamol	2 (16,67)		50
Xylocaïne crème	1 (6,67)		60
Cuprum métallicum D1	1 (6,67)		60
Massage de la cicatrice		1 (50,00)	0

10. Réalisation de la rééducation périnéale

Le tableau VIII représente le pourcentage de réalisation de la rééducation périnéale.

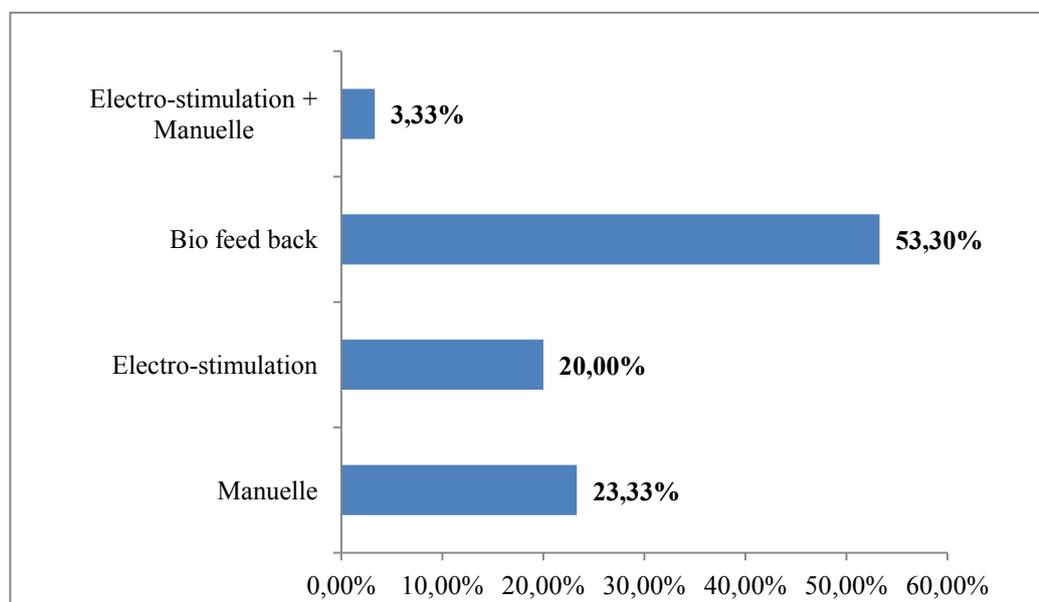
90% des femmes ont effectué leur rééducation périnéale à la suite de leur visite post-natale ainsi que la totalité des femmes algiques.

Tableau VIII : Pourcentages de rééducation périnéale réalisée.

Critères	Algiques Volet 1 n (%)	Algiques Volet 2 n (%)	Algiques Volet 1 et 2 n (%)	Non algiques n (%)
Réalisation de la rééducation périnéale				
Oui	8 (53,33)	1 (100,00)	1 (100,00)	12 (40,42)
Non				1 (2,13)
Perdus de vue	7 (46,66)			17 (36,17)
Effectifs	15	1	1	30

11. Types de rééducation

Le graphique 3 représente les pourcentages des différents types de rééducation périnéale réalisée lors de l'étude. La majorité des rééducations ont été réalisées majoritairement par biofeedback, puis par la rééducation manuelle et l'électrostimulation qui possèdent tout deux des pourcentages similaires.



Graphique 3 : Pourcentages des différents types de rééducation périnéale réalisée.

12. Nombre de séances réalisées

Le tableau IX représente le nombre de séances de rééducation périnéale réalisées par les patientes de l'étude.

Le nombre de séances réalisées était très variable, cependant la majorité des femmes ont effectué les 10 séances recommandées par la Haute autorité de santé.

Tableau IX : Pourcentage du nombre de séances réalisées.

Critères	Effectifs (%)
4 séances	1 (3,33%)
5 séances	2 (6,66%)
6 séances	4 (13,33%)
8 séances	1 (3,33%)
9 séances	2 (6,66%)
10 séances	18 (60,00%)
11 séances	1 (3,33%)
14 séances	1 (3,33%)

DISCUSSION

1. Introduction et rappel des objectifs

Malgré la faible puissance de cette étude, les objectifs ont été atteints. L'objectif principal de cette étude était de mesurer la prévalence des douleurs périnéales à 6-8 semaines après un accouchement voie basse et l'objectif secondaire était de mesurer l'évolution de la prévalence des douleurs périnéales à 14 semaines après un accouchement voie basse.

2. Limites et biais de l'étude

Cette étude est limitée par son manque de puissance. En effet, les effectifs réunis pour cette étude sont peu importants. Seulement 47 questionnaires du volet 1 ont pu être récupérés sur les 120 distribués. Ceci est le résultat de différents soucis rencontrés lors de l'étude. Tout d'abord, l'obtention des contacts des sages-femmes libérales fût difficile car le peu de retours positifs à la demande d'autorisation d'obtenir ces contacts ont retardé l'étude de deux mois. De plus, une sage-femme libérale a arrêté de répondre après avoir récupéré les questionnaires, ce qui a réduit le nombre de retours. A ceci s'ajoute une difficulté pour les sages-femmes libérales de récupérer les questionnaires car les patientes ne le ramenaient pas toujours lors de leur consultation suivante.

Par manque de temps pour poursuivre l'étude, 15 patientes algiques ont été incluses dans le volet 1 de l'étude et seulement 2 dans le volet 2. Cela constitue un biais car les résultats sont donc peu représentatifs de la population cible concernant la caractérisation des douleurs périnéales, surtout pour le volet 2. En effet, concernant le deuxième questionnaire en ligne, seulement 30 réponses ont été obtenues. Ceci est sûrement dû au fait que les patientes ne prenaient pas le temps d'y répondre, ne s'intéressaient plus vraiment à l'étude à distance ou ne ressentaient plus de douleurs. L'étude comprend donc un nombre important de patientes perdues de vue. Ce nombre est augmenté par l'absence d'adresses mails transmises lors de la signature du consentement. En effet, certaines femmes n'ayant pas indiqué leur adresse mail, il fut impossible de recontacter toutes les patientes pour la réalisation du volet 2.

La difficulté des femmes à localiser le siège de leur douleur constitue une seconde limite à l'étude. En effet, les femmes ressentant une douleur périnéale ont du mal à la

localiser car elle est souvent diffuse. De plus, la mauvaise connaissance du périnée influe sur cette absence de précision dans la localisation.

Une autre limite provient des méthodes d'évaluation de la douleur du questionnaire. En effet, celles-ci ont été validées mais ne sont pas spécifiques au périnée. Quelques items plus spécifiques ont donc dû être rajoutés afin de pouvoir cibler plus précisément les douleurs au niveau périnéal car aucune échelle spécifique n'a été retrouvée.

De plus, la douleur est une entité très subjective et une évaluation entre deux patientes ressentant les mêmes douleurs périnéales peut se traduire différemment du fait d'une tolérance inégale face à la douleur. Ceci peut avoir constitué un biais sur les moyennes de la douleur évaluées dans cette étude.

Enfin, certaines femmes ne répondaient pas à la question, répondaient de manière peu cohérente, ou ne connaissaient tout simplement pas l'information demandée ce qui a pu entraîner des biais car les réponses n'ont pu être incluses dans les résultats.

3. Intérêts et points forts de l'étude

Cette étude est intéressante car la douleur est un sujet d'actualité qui modifie les prises en charge actuelles.

Beaucoup d'études existent sur les douleurs périnéales présentes dans le post-partum immédiat ou dans la première semaine après l'accouchement. Seulement, peu d'études s'intéressant à la douleur périnéale persistante sur le plus long terme ont été retrouvées.

Lors d'un stage au sein d'un cabinet libéral, il est apparu qu'un certain nombre de patientes ressentaient encore des douleurs jusqu'à trois mois après leur accouchement. Malheureusement, dans un premier temps, celles-ci n'osaient pas en parler car elles estimaient que cela passerait et qu'il fallait du temps. L'accentuation de la douleur périnéale lors des séances de rééducation périnéale permettait à la femme d'aborder cette gêne avec la sage-femme.

Il est important de toujours aborder le plan de la douleur lors de la visite post-natale ou du premier rendez-vous de rééducation car cela permet d'adapter la prise en charge de la patiente et d'éviter que cette douleur ne devienne chronique et n'altère la qualité de vie de la patiente.

4. La population

La moyenne d'âge de l'étude se situait entre 25 à 30 ans et la majorité avait un IMC normal compris entre 18,5 et 25 (76,60%) ainsi qu'une prise de poids prédominante entre 5 à 15 kg lors de la grossesse.

Lors de l'étude périnatale de l'Institut nationale de la santé et de la recherche médicale en 2010, l'âge des femmes participant à l'étude était compris entre 25 et 29 ans, l'IMC était normal pour 64,6% des femmes et leur prise de poids se situait entre 10 et 15 kg pour la majorité d'entre elles [26].

Les primipares représentaient 59,57% de l'étude et la majorité des femmes avait accouché à terme avec une totalité de présentations céphaliques.

En 2010, toujours lors de l'étude périnatale, 31,5% des femmes étaient des primigestes et 43,4% des femmes étaient des nullipares. L'étude de périnatalité ayant été réalisée durant leur grossesse, elles sont assimilables aux primipares de l'étude actuelle car celle-ci fut réalisée après leur accouchement. La majorité des présentations fut aussi céphaliques à 94,7%. Et la grande majorité des accouchements ont eu lieu à terme (92,3%) [26].

Lors de l'accouchement, 70,21% ont accouché spontanément alors que 27,66% ont eu recours à une extraction par ventouse et 2,13% ont nécessité une extraction par forceps.

Dans l'étude périnatale de 2010, 66,9% des femmes ont accouché spontanément, 5,3% ont nécessité l'utilisation d'une ventouse et 3,9% ont eu recours aux forceps [26].

Le poids foetal prédominant de cette étude se situe entre 3 000 kg et 3 500 kg avec un taux de 51,06%. Ceci est concordant avec l'étude périnatale de 2010 retrouvant un poids foetal entre 3 000 kg et 3 500 kg pour 40,4% des nouveaux-nés [26].

Plus de la moitié des patientes participant à l'étude ont eu une déchirure périnéale et un tiers a subi une épisiotomie. De façon similaire, 42,61% des femmes de l'étude périnatale de 2010 ont eu une déchirure périnéale et 26,91% ont subi une épisiotomie [26].

Concernant l'allaitement maternel, il fut retrouvé un tiers des femmes ayant allaité quelques temps, un tiers allaitant toujours et un tiers n'ayant jamais allaité. De plus, 26,66% des femmes allaitantes ressentaient toujours des douleurs périnéales à 6-8 semaines du post-partum, 35,29% ayant arrêté, ressentaient toujours des douleurs et 42,85% n'ayant jamais allaité en ressentait également. Nous pouvons donc voir que les femmes allaitant ressentent moins de douleurs périnéales au long cours que celles n'allaitant pas.

Dans l'étude périnatale de 2010, 60,2% des femmes allaitaient et 31,3% n'avaient jamais allaité [26].

La population de cette étude semble donc comparable à celle de la population générale des accouchées françaises en 2010 ce qui permet une certaine représentativité de la population de l'étude au niveau socio-démographique.

5. Fréquence des douleurs persistantes

Cette étude a mis en évidence la persistance de 34,04% de douleurs périnéales 6 à 8 semaines après un accouchement voie basse. A 14 semaines du post-partum, il est retrouvé 6,67% de patientes toujours algiques. Ceci permet de mettre en évidence une réelle existence de douleurs périnéales persistantes dans le post-partum, ainsi qu'une importante diminution au fil du temps.

Ceci avait déjà été démontré avec l'étude de Macarthur en 2004 qui démontrait que 7,07% patientes étaient encore algiques à 6 semaines du post-partum [45].

Battut dans son étude en 2016 indique, par son analyse de la revue de la littérature, que la prévalence des douleurs spontanées et des dyspareunies est variable dans les études selon le recueil de données ou les critères d'inclusion à l'étude. Cependant, il a

tout de même remarqué une diminution spontanée des douleurs périnéales persistantes à 3, 6, 9 et 12 mois du post-partum [56].

Glazener dans son étude en 1994, démontre que 22% des femmes ressentent des douleurs périnéales à 8 semaines du post-partum mais qu'il n'y a plus que 10% des femmes qui en ressentent à 12-18 semaines. Ces résultats sont assez proches des résultats de cette étude et démontrent la même tendance à la persistance mais aussi à la diminution des douleurs périnéales au cours du temps [57].

Persico et al, en 2013, prouvent dans leur étude que 81% des femmes sont encore algiques à 7 semaines du post-partum et que ce pourcentage diminue fortement au cours du temps puisqu'il n'est plus que de 0,7% à 6 mois [58].

Malgré les pourcentages variables retrouvés dans ces études concernant la prévalence des douleurs persistantes dans le post-partum, elles sont toutes en faveur d'une diminution des douleurs au fil du temps.

6. Facteurs de risque des douleurs périnéales

a) La primiparité

Parmi ces 34,04% de femmes algiques, 68,75% étaient des primipares. La primiparité constitue un facteur de risque de déchirure périnéale mais aussi de douleur périnéale plus importante dans le post-partum [2, 22, 23].

Lors de l'étude de Macarthur en 2004, la parité a été mise en relation avec les douleurs périnéales persistantes en démontrant que les primipares se plaignaient plus de douleurs périnéales à 6 semaines que les multipares ayant eu les mêmes lésions périnéales. En effet, la multiparité ayant un risque relatif de 0,3, elle ne représente pas un risque de douleurs périnéales [45].

b) Extraction instrumentale

37,5% des femmes algiques ont eu une extraction instrumentale à l'aide d'une ventouse et la seule patiente ayant bénéficié de l'aide du forceps présentait encore des douleurs périnéales persistantes à 6-8 semaines du post-partum. A 14 semaines du post-partum seulement 7,69% des femmes ayant eu une ventouse étaient encore algiques. La patiente ayant eu l'aide des forceps n'a pas répondu au second questionnaire.

Thompson et al, en 2002, avaient démontré dans leur étude que les extractions instrumentales représentaient un facteur de risque de persistance des douleurs périnéales à 6 mois car ils ont retrouvé un risque relatif de 2,4. De plus, le risque relatif était de 1,5 pour les dyspareunies, ce qui indique qu'elles sont aussi engendrées par les extractions instrumentales [59].

Lors de l'étude, 61,54% des extractions par ventouses ont engendré la réalisation d'épisiotomies et 30,77% ont créé des déchirures périnéales. 100% des forceps ont nécessité la réalisation d'épisiotomies.

L'étude de Macarthur en 2004 démontre que 93,26% des extractions instrumentales avaient entraîné des traumatismes périnéaux [45].

Les extractions instrumentales représentent également un facteur de risque de traumatisme périnéal plus important. En effet, la ventouse et les forceps entraînent une sollicitation périnéale plus importante afin de permettre l'expulsion fœtale. De plus, elles sont plus souvent accompagnées de la réalisation d'une épisiotomie.

c) Traumatismes périnéaux

Concernant les traumatismes périnéaux survenant lors de l'accouchement, 44,68% des femmes de l'étude ont subi une déchirure périnéale et 42,85% de ces femmes ressentaient toujours des douleurs périnéales 6 à 8 semaines après leur accouchement. Aucune femme ayant eu de déchirures périnéales est encore algique à 14 semaines du post-partum. Concernant l'épisiotomie, 46,80% ont été réalisées lors de l'étude dont 31,81% ont entraîné des douleurs persistantes 6 à 8 semaines du post-partum et 4,54% à

14 semaines du post-partum. Les déchirures représentent un risque élevé de douleurs périnéales et les épisiotomies sont encore plus à risque de persistance de douleurs périnéales que ces déchirures.

Les résultats de cette étude sont plus élevés que ceux de l'étude de Macarthur en 2004 qui démontre que la majorité des patientes encore algiques à 6 semaines du post-partum ont eu une déchirure du 3^{ème} et 4^{ème} degré (20%) ou ont eu une épisiotomie (13%). Les déchirures toujours algiques à 6 semaines du post-partum représentent 8,40% des déchirures périnéales [45].

L'étude d'Andrews en 2007 a démontré que les douleurs périnéales persistaient à 7 semaines du post-partum dans 7% des déchirures périnéales du 1^{er} degré, dans 56,4% des lésions du second degré ou des épisiotomies, dans 12,4% des lésions du 3^{ème} degré et dans 0,4% des lésions du quatrième degré. Ceci fait un taux de femmes algiques sur des traumatismes périnéaux de 76,20%. Etant donné que les déchirures du 2^{ème} degré et les épisiotomies se trouvaient dans le même groupe d'analyse, il est impossible de déterminer si les épisiotomies sont plus à risques de persistance des douleurs périnéales [60].

Les traumatismes périnéaux caractérisés par des déchirures périnéales ou encore par des épisiotomies représentent un facteur de risque de douleurs périnéales et de leur persistance sur le long terme comme le démontre la totalité de ces études. Il semblerait que les déchirures du 1^{er} et du 2^{ème} degré soient moins à risque que les épisiotomies qui, elles, sont moins à risque que les déchirures périnéales du 3^{ème} degré.

7. Intensité des douleurs persistantes

Les moyennes des différentes intensités de douleurs périnéales ont été mesurées au cours de cette étude. La douleur la plus intense ressentie à 6-8 semaines du post-partum possède une moyenne à 3,50 alors qu'elle est de 5 à 14 semaines du post-partum. Nous pouvons donc constater que les douleurs persistantes dans le temps sont plus intenses. Cette augmentation de l'intensité n'est pas représentative de la population car le nombre de femmes algiques à 14 semaines du post-partum est trop faible. Cette douleur est

inconstante car la moyenne de la douleur la plus faible ressentie est de 1 à 6-8 semaines du post-partum et de 0 à 14 semaines du post-partum.

Différentes intensités de douleur ont aussi été évaluées durant cette étude à l'aide du Questionnaire concis de la douleur comprenant des adjectifs tels que « profond », « superficiel » et « intense ». Il en ressort que les douleurs les plus intenses se trouvent au niveau des petites lèvres, de la fourchette et du vagin à 6-8 semaines du post-partum. A 14 semaines il ne persiste qu'une douleur intense au niveau vaginal. En revanche, les douleurs les plus superficielles se situent au niveau de la fourchette et de l'anus alors que les profondes se trouvent au niveau des petites et des grandes lèvres.

L'étude de Macarthur en 2004, démontre que différents types de douleurs existent selon les types de lésions périnéales. Les adjectifs permettent de qualifier plus précisément les douleurs ressenties. Ces adjectifs étaient « moyenne », « inconfortable », « pénible », « horrible » et « atroce ». Cependant aucun résultat à 6 semaines de post-partum n'a été retrouvé [45].

8. Type et localisation des douleurs persistantes

Les douleurs ont été caractérisées à l'aide du Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine qui est la version courte et française du McGill Pain Questionnaire. Pour cela, 15 adjectifs ont été proposés [55].

Ceci a permis de mettre en évidence qu'à 6-8 semaines du post-partum, les douleurs sont le plus souvent de type de « tiraillement » (1,31), d'« élancement » (0,69), de « brûlure » (0,50) ou encore de « lourdeur » (0,75). Ces douleurs sont le plus souvent « pénétrantes » (0,56), « énervantes » (0,37) et « exaspérantes » (0,25). Quelques douleurs ont été qualifiées comme « déprimantes » (0,19) ce qui est important car cela montre que ces douleurs persistantes du post-partum peuvent entraîner à long terme des conséquences plus importantes sur la qualité de vie de la patiente. C'est pourquoi, sa prise en charge est nécessaire tant sur le plan de l'aigü, afin qu'elle évite de devenir une maladie à part entière, mais aussi sur le plan du chronique afin de permettre à la patiente de retrouver une bonne qualité de vie [42].

A 14 semaines du post-partum, les douleurs sont plus de type de « tiraillement » (2), de « fourmillement » (1) ou de « brûlure » (1). Elles sont toujours décrites en des termes d' « énervantes » (2) et de « pénétrantes » (1).

Cette étude a permis de localiser et qualifier les douleurs périnéales ressenties à l'aide du Questionnaire concis de la douleur et du Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine. Aucune étude utilisant ces questionnaires et permettant de caractériser aussi précisément les types de douleurs périnéales n'a été retrouvée. C'est pour cela que cette étude est intéressante.

Toutes les études retrouvées quantifiaient la douleur mais ne la qualifiaient pas à 6 puis à 14 semaines du post-partum. Macarthur a qualifié ces douleurs à l'aide de la « Present pain intensity » mais uniquement à J1 puis J7 du post-partum [45].

9. Gêne occasionnée par la douleur

a) Les dyspareunies

D'après Battut, 90% des rapports sexuels sont repris 6 mois après l'accouchement. 32 à 57% sont repris entre 4 et 6 semaines et 47 à 65% sont repris à 8 semaines. Selon lui, la majorité des femmes reprennent une activité sexuelle à 3 mois du post-partum avec un taux entre 78 et 81% [56].

Andrews en 2007 a démontré que 40% des femmes étaient sexuellement actives 7 semaines après l'accouchement et que la reprise des rapports sexuels n'était pas modifiée par le type de lésions périnéales [60].

Dans cette étude, à 6-8 semaines du post-partum ainsi qu'à 14 semaines du post-partum, la gêne la plus fréquente était la dyspareunie. En effet, certaines femmes ont repris une activité sexuelle, mais celle-ci pouvait être douloureuse avec une moyenne d'intensité douloureuse de 4,73 sur 10 à 6 semaines du post-partum et 8,5 sur 10 à 14 semaines du post-partum. Cette différence est faussement augmentée du fait du peu de femmes algiques à 14 semaines du post-partum. Toutefois, les douleurs persistantes au

long terme sembleraient être majoritairement des dyspareunies provoquées par une cicatrice toujours douloureuse.

Glazener, dans son étude en 1994, a démontré que les dyspareunies avaient tendance, tout comme les douleurs, à disparaître avec le temps mais de manière moins conséquente. En effet, 53% des patientes ressentait des dyspareunies à 8 semaines du post-partum contre 49% à 12-18 semaines [57].

b) Autres gênes occasionnées

L'activité générale (1,50) et l'humeur (1,06) sont aussi impactées par les douleurs périnéales persistantes à 6-8 semaines du post-partum. En revanche, à 14 semaines, c'est plus le travail habituel (1,50) qui est inconfortable du fait de ces douleurs.

L'étude de Chang en 2014 démontre qu'entre 4 à 6 semaines du post-partum, les femmes ayant accouché par voie basse possèdent un risque de 0,56 ($p = 0,10$) d'avoir des symptômes dépressifs ainsi que 0,34 à 12 semaines du post-partum. Il utilise comme échelle de la douleur la « Visual analog scale » et la « Pain rating index ». A l'aide de ces échelles, les femmes ont respectivement coté une douleur diffuse à 1,16 ($p=0,06$) et 3,83 ($p=0,03$) entre 4 et 6 semaines du post-partum et 0,64 ($p=0,046$) et 1,55 ($p=0,16$) à 12 semaines du post-partum. Concernant les douleurs périnéales, elles ont coté une douleur à 0,29 ($p=0,28$) et à 1,10 ($p=0,56$) 4 à 6 semaines après l'accouchement et à 0,01 ($p= 0,61$) et à 0,49 (0,34) 12 semaines après l'accouchement [61].

Albers a constaté que les douleurs périnéales présentes lors de la position assise, lors des mouvements et même lors du repos étaient plus fréquentes avec une lésion de 2ème, 3ème et 4ème degré et avec une épisiotomie. Il a cependant différencié la douleur ressentie entre une déchirure du 2^{ème} degré et une épisiotomie. Il en ressort que les femmes ayant eu une épisiotomie ressentait plus de douleurs à 7 semaines de post-partum lors des mouvements avec une moyenne de 0,30 pour une épisiotomie contre 0,07 pour une déchirure, de la position assise avec une moyenne de 0,25 contre 0,08 et lors du repos avec une moyenne de 0,35 contre 0,07 [34].

10. Traitements utilisés

Dans cette étude, 75% des patientes algiques du volet 1 n'ont pris aucun traitement malgré leur douleur persistante. Ce fort pourcentage montre que la prise en charge de la douleur sur la longue durée est insuffisante.

Macarthur retrouve que l'utilisation inconstante de moyens médicamenteux et non médicamenteux durant les 6 premières semaines de post-partum, quand la femme est sortie de l'hôpital, est encore trop fréquente malgré les plaintes de douleurs et de dysfonctionnement encore présents. La principale raison de ceci serait une conséquence de la non médication durant la grossesse, d'un manque d'éducation concernant les soins périnéaux ou d'un manque de temps des patientes à se consacrer à elles-mêmes [45].

a) Traitement médicamenteux

Les 20% des femmes ayant pris un traitement ont eu recours en majorité à des moyens médicamenteux.

En effet, 12,5% ont pris du Paracétamol qui a permis un soulagement de la douleur de 50%. Ce taux d'amélioration nous permet de constater que le Paracétamol ne suffit pas pour soulager certaines douleurs et que l'association avec des Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), comme le recommande le Collège national des gynécologues et obstétriciens français serait appropriée. Aucune patiente ayant pris des AINS n'a été retrouvée.

6,25% ont eu recours à de la Xylocaïne en crème couplée à du Cuprum metallicum D1. Cette association a permis un soulagement de 60%.

L'étude d'Urion en 2002 démontre qu'il existe 2 types de douleurs significativement différentes entre les patientes ayant eu une déchirure périnéale qui ressentent une douleur modérée et celles ayant eu une épisiotomie ressentant une douleur intense. Des traitements médicamenteux leur avaient alors été administrés en systématique sans attendre l'apparition de la douleur. L'allaitement et les contre indications avaient été pris en compte afin de mettre en place une bonne stratégie thérapeutique. Concernant les

déchirures périnéales, il était mis en place du Paracétamol plus ou moins associé au Kétoprofène, s'il n'existait pas de contre-indication, ou alors à de la Codéine. Du Paracétamol associé au Kétoprofène, voire du Paracétamol codéiné, était mis en place pour les femmes ayant eu une épisiotomie. Si des contre-indications existaient, seul du Paracétamol codéiné était fourni. L'étude montre que 6 mois après, l'intensité de la douleur a baissé chez les patientes subissant une épisiotomie mais aucune différence n'a été démontrée dans le cas des déchirures périnéales [51].

L'étude de Sleep en 1988 démontre que 78% des traitements prescrits en 1^{ère} intention sont les traitements médicamenteux par voie orale. Ceux-ci regroupent le Paracétamol à 96% et le Paracétamol associé à de la Codéine à 12%. Peu d'Anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été retrouvés dans cette étude, ce qui paraît étonnant car Sleep informe que son utilisation est recommandée lorsque la douleur n'est pas assez soulagée par le Paracétamol.

Le gel Lidocaïne représente 8% des prescriptions [52].

Les traitements retrouvés prescrits au cours de ces différentes études correspondent à ceux retrouvés dans cette étude avec des pourcentages assez similaires, ce qui peut indiquer qu'ils constituent la prise en charge la plus fréquente lors de présences de douleurs périnéales persistantes.

b) Traitement non médicamenteux

Une seule patiente algique à 14 semaines du post-partum a eu recours à un traitement non médicamenteux qui était le massage de la cicatrice périnéale. Cependant celui-ci ne lui a apporté aucun soulagement.

Battut dans sa revue de littérature démontre que le massage périnéal post-natal n'est pas associé à une diminution des douleurs à 1 an [56].

L'étude de McArthur en 2004 démontre que 68% des patientes algiques ont eu recours à des méthodes non médicamenteuses les premiers jours telles que la glace, la douche et des mesures évitant les douleurs positionnelles. Cependant les traitements utilisés à 6 semaines ne sont pas précisés dans l'étude [45].

Sleep démontre en 1988 que la glace, prescrite à 10% des patientes, induit un soulagement à court terme et représente un risque de brûlures froides si son application est mauvaise. La phytothérapie, elle, est prescrite dans seulement 2% des cas et n'a prouvé que peu d'effet antalgique.

Cette étude a aussi analysé l'impact des techniques par ultrasons représentant 36% des prises en charge et des techniques par énergie électromagnétique pulsée qui représentent 6% des prises en charge [52].

11. Rééducation périnéale

Cette étude s'est aussi intéressée à la réalisation de la rééducation périnéale. Très peu d'études s'intéressant à l'impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales persistantes du post-partum existent. C'est pourquoi les résultats de cette section seront difficilement comparables à la revue de la littérature.

a) Réalisation de la rééducation

Nous pouvons constater qu'elle est très souvent débutée car 90% des patientes du volet 2 ont réalisé des séances de rééducation périnéale, cependant le nombre de séances est très variable. Elles peuvent aller de 4 à 14 séances. Nous savons que le nombre moyen de séances est de 10 mais qu'il peut être adapté au cas par cas par la sage-femme la réalisant. Cependant un faible nombre de séances peut aussi démontrer un abandon de la rééducation ou une faible assiduité aux séances. Or, pour que la rééducation soit efficace, il faut une régularité et surtout une persistance sur le long terme. [53].

b) Type de rééducation

Le type de rééducation le plus fréquemment réalisé est la rééducation par biofeedback, puis la manuelle et enfin l'électrostimulation. Les patientes algiques à 14 semaines du post-partum ont bénéficié de rééducation manuelle et de biofeedback.

D'après Citak et al, des exercices consistant en des contractions du plancher pelvien dix à quinze fois par jour n'entraîneraient pas de différence statistiquement significative sur les douleurs périnéales et les dyspareunies [62].

La méta-analyse de Hay-Smith en 2009, incluant 4 essais contrôlés randomisés, a conclu à l'insuffisance de données pour démontrer l'intérêt de l'utilisation des ultrasons dans l'indication des douleurs périnéales [63].

c) Nombre de séances

Les patientes algiques à 6 semaines du post-partum ont réalisé entre 5 et 14 séances. Toutes les patientes algiques du volet 2 ont réalisé la rééducation périnéale avec un nombre de séance s'élevant à 10 ou à 11. La rééducation peut avoir un effet antalgique. Après la réalisation de cette rééducation, une patiente ressentait encore des douleurs périnéales importantes qui étaient surtout représentées par des dyspareunies. De plus, cette patiente ne ressentait pas encore de douleur lors du volet 1.

L'étude de Battut en 2015 démontre par sa revue de littérature qu'il n'y a pas d'arguments suffisants pour conclure au réel impact de la rééducation périnéale sur les douleurs persistantes du post-partum ainsi que sur les dyspareunies [56].

12. Propositions

Dans cette étude, il a pu être démontré que les douleurs périnéales peuvent persister sur le long terme car un tiers en ressentent toujours à 6-8 semaines du post-partum et 6,67% à 14 semaines du post-partum.

Le plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 pourrait être adapté au post-partum à long terme.

La formation initiale et continue des sages-femmes permet de prendre en compte la douleur des femmes car son évaluation est indispensable lors de la visite post-natale et tout au long de la rééducation périnéale.

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des antalgiques tels que le Paracétamol ou les AINS. Elles peuvent aussi prescrire de la phytothérapie ou de l'homéopathie permettant de soulager les douleurs les plus faibles. Cependant, le taux de prescriptions de ces moyens antalgiques à distance de l'accouchement est faible. Cette étude démontre qu'il est important de prendre en charge ces douleurs pouvant avoir d'importantes conséquences sur la vie future de la femme. Il faudrait donc, comme l'indique le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur, améliorer les modalités de prescription des traitements médicamenteux et développer les prises en charge non médicamenteuses pour permettre une diminution plus importante de ce taux persistant de douleurs périnéales du post-partum.

Cette amélioration de traitement des douleurs nécessite une structuration de la filière de soin de la douleur en l'accompagnant sur le long terme et en développant la prise en charge des douleurs rebelles ayant une tendance à la chronicisation.

Une question persiste. Ce pourcentage de douleurs périnéales persistantes diminuent-elles au fil des semaines :

- Car le temps permet une amélioration de la cicatrisation et des tissus entraînant un soulagement de la douleur ?
- Ou alors est-ce la rééducation périnéale permet un assouplissement des tissus et donc une amélioration de ces douleurs ?
- Ou encore l'amélioration de la douleur est-elle liée à une combinaison des effets de la cicatrisation et de la rééducation périnéale ?

Pour pouvoir étudier cela, il faudrait réaliser une étude sur une durée plus importante afin d'obtenir un nombre de patientes algiques plus important. De plus, un questionnaire devrait aussi être distribué aux professionnels de santé pour pouvoir répondre à des questions plus spécifiques telles que le type de déchirures périnéales, le type de sutures ou encore le type de programme réalisé en rééducation périnéale.

CONCLUSION

Cette étude a été réalisée dans le but de mettre en évidence la persistance des douleurs périnéales dans le post-partum à long terme.

Les accouchées représentent une population à risque de douleurs durant leur période du post-partum. Malgré un nombre restreint de femmes, il a été démontré que les douleurs périnéales du post-partum peuvent persister sur le long terme, voire apparaître au fil des mois. Ces douleurs pouvant engendrer des conséquences importantes sur la vie de la femme, il est important de pas les négliger et d'instaurer une prise en charge adaptée et efficace évitant une évolution en douleur chronique plus difficile et longue à traiter.

Cette prise en charge nécessite un dépistage rigoureux lors de la consultation post-natale, lors de la première séance de rééducation périnéale ainsi qu'à chaque consultation de la femme. Afin de pouvoir mettre en place au mieux ce dépistage précoce de la douleur, il est nécessaire de rappeler aux accouchées l'importance des consultations organisées à la suite de leur accouchement. C'est pour cela que les sages-femmes de suites de couches ont un rôle prédominant dans ce dépistage des douleurs périnéales. En effet, elles permettent la mise en évidence de douleurs préexistantes à la sortie de la maternité et fournissent des informations essentielles sur l'importance de la visite post-natale et de la rééducation périnéale.

Ce dépistage est nécessaire afin d'instaurer un traitement efficace à temps. Il a aussi été démontré que les femmes ressentant des douleurs périnéales n'avaient recours à aucun traitement permettant de les soulager. Ceci peut-être la conséquence d'une banalisation de la douleur post-cicatricielle censée disparaître avec le temps ou d'un refus de la patiente qui ne souhaite pas de traitement médicamenteux. Cependant, des moyens non médicamenteux peuvent être instaurés, permettant une diminution de cette douleur. La qualité de vie des femmes peut être améliorée par la prise en compte de leurs besoins et par l'apport de solutions thérapeutiques.

D'après la loi relative aux droits des malades et le plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, le soulagement de la douleur est un droit fondamental. Au travers du dépistage et du traitement de ces douleurs périnéales

rebelles, les sages-femmes pourront permettre aux femmes d'aborder leur nouvelle vie de mère de manière plus sereine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé [En ligne]. Oct. 2002. 34p. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur :

http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/le_guide_d_orientation_-_organiser_la_lutte_contre_la_douleur_dans_les_es.pdf

2. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Complications traumatiques de l'accouchement [En ligne]. Université Médicale Virtuelle francophone ; Août 2014. 14 p. [Cité le 28 Août 2015]. Disponible sur:

http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/cours.pdf

3. Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique - Tome XXVIII : Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies? [En ligne]. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; 2004. 15p. [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur:

http://www.cngof.fr/journees-nationales/anciennes-journees/maj-en-go/maj-2004/telechargement-fichier?path=Gynecologie%2Bobstetrique%2B-%2BTome%2BXXVIII%252F2004_Go_021_maillet.pdf

4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé : Service des recommandations professionnelles. Rééducation dans le cadre du post-partum [En ligne]. Déc. 2002. 78p. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf

5. Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing : a UK survey of midwifery practice. Midwifery [En ligne]. 2005 ; 21(2) : 154-60. [Cité le 24 Fév. 2106]. Disponible sur :

<http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138%2804%2900089-0/fulltext?refuid=S0266-6138%2807%2900106-4&refissn=0266-6138>

- 6.** Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK . Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Review [En ligne]. Nov. 2012 [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000947.pub3/abstract>
- 7.** Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [En ligne]. Université médicale virtuelle francophone ; Déc. 2011. 20p. [Cité le 22 sept 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf>
- 8.** Kamina P. Anatomie : Numéro7 Tome1. Petit bassin et périnée: Rectum et organes uro-génitaux. Paris : Ed. Maloine ; 1995 ; 180 pages.
- 9.** Ansquer Y, Santulli P, Carbonne B. Prolapsus génital : Indications et résultats de la rééducation périnéale [En ligne]. Collège national des gynécologues obstétriciens français ; 2007. 9p. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GO_251_ansquer.pdf
- 10.** Collège national des sages-femmes. Commission périnée du CNSF : Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale [En ligne]. Janv. 2014. 42 p. [Cité le 16 Nov. 2015]. Disponible sur: http://cnsf.asso.fr/rubrique03/guide_reeducation_pp/files/assets/common/downloads/publication.pdf
- 11.** Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? La revue Sage-femme [En ligne] Juin 2005 ; 4(3) : 109-14. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1637408805862200/pdf?md5=d944233821f3b84670d8f288b44d3701&pid=1-s2.0-S1637408805862200-main.pdf>
- 12.** Lafarge B. Vous avez dit PERINEE...? Etude des connaissances des primipares sur le périnée féminin [Mémoire de fin d'étude Maïeutique]. Clermont-Ferrand : Université de Clermont-Ferrand ; 2007. 76 pages.

- 13.** Gozet L. Périnée et rééducation périnéale : Connaissances et influence sur l'observance des femmes. Etude auprès de 195 femmes enceintes de la région Nord-Pas-de-Calais [Mémoire de fin d'étude Maïeutiques en ligne]. Lille : Université de Lille II ; 2015. 41 pages. [Cité le 22 Sept. 2015]. Disponible sur : http://www.reeducation-perinee.org/ressources/ebooks/memoire_gozet_perinee.pdf
- 14.** Association française d'urologie. Micro-trottoir périnée. [Vidéo en ligne]. Youtube ; 2013. 5min 48sec. [Cité le 03 Avr. 2016]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=D-PlwvUiGrw>
- 15.** Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [En ligne]. Nov. 2005. 56p. [Cité le 22 Sept. 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_269939
- 16.** De Gasquet B. Accouchement : la méthode de Gasquet. Paris : Ed. Marabout ; 2012 ; 149 pages.
- 17.** Riteau AS. Le périnée féminin de la superficie à la profondeur [Mémoire pour le certificat d'anatomie, de morphologie et de morphogénèse. Maîtrise en sciences biologiques et médicales. [En ligne]. Nantes : Université de Nantes ; 2003 ; 40 pages. [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur : http://iconographie.sante.univ-nantes.fr/gestilab1/components/com_booklibrary/ebooks/Riteau%20A-S.pdf
- 18.** Riethmuller D, Schaal JP, Maillet R. Chapitre 18 : Accouchement normal en présentation du sommet ; pp 129-140. Dans : Marpeau L ; Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; Collège national des Sages-femmes ; Association française des sages-femmes enseignantes. Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Ed. Elsevier Masson ; 2010 ; 628 pages.
- 19.** Comité éditorial pédagogique de l'UVMAF. Etude de l'accouchement en présentation du sommet : l'accouchement (troisième temps de la deuxième étape du travail) [En ligne]. Université médicale virtuelle francophone ; Mars 2011. 15p. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/accouchement/site/html/cours.pdf>

- 20.** Calais-Germain B. Eléments d'anatomie et exercices pratiques d'application : Le périnée féminin et l'accouchement. Méolans-Revel : Edition Désiris ; 1996 ; 158 pages.
- 21.** Bader G. Chapitre 59 : Episiotomie ; pp 455-461. Dans : Marpeau L ; Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; Collège national des Sages-femmes ; Association française des sages-femmes enseignantes. Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Ed. Elsevier Masson; 2010 ; 628 pages.
- 22.** Wafo E. Prévention des traumatismes obstétricaux du périnée [En ligne]. Centre Hospitalier de Marne-la-Valée; 2013. 29p. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : http://www.cegorif.fr/congres/cegorif_2013/PDF/wafo_trauma_perinee.pdf
- 23.** Fritel X. Périnée et grossesse. Gynecol Obstet Fertil [En ligne]. Mai 2010; 38(5): 332-46 [Cité le 22 Sept. 2015]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1297958910000871>
- 24.** Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF : Episiotomie [En ligne]. Université médicale virtuelle francophone ; Mars 2011. 17p. [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique//UE-obstetrique/episiotomie/site/html/cours.pdf>
- 25.** Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique: Episiotomie [En ligne]. 2005. [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur: http://www.engof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
- 26.** Blondel B, Kermarrec M; INSERM. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [En ligne]. Mai 2011. [Cité le 04 Avril 2016]. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf

- 27.** Reinbold D, Eboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. De l'impact des recommandations pour la pratique clinique pour diminuer le taux d'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [En ligne]. Fév. 2012 ; 41(1) : 62-68. [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S0368231511002146>
- 28.** Koskas M, Caillod AL, Fauconnier A, Bader G. Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie : Etude unicentrique à propos de 5 409 accouchements par voie vaginale. *Gynecol Obstet Fertil* [En ligne]. Sept.2009 ; 37(9) : 697-702. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1297958909002574>
- 29.** Thorp JM Jr, Bowes WA Jr. Episiotomy: can its routine use be defended ? *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160(5 Pt1): 1027-30.
- 30.** Combs CA, Robertson PA, Laros RK Jr. Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 163 (1 Pt 1): 100-4.
- 31.** Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, Van Rijssel EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994; 101(12): 1064-7.
- 32.** Bansal RK , Tan WM, Ecker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery ? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 175(4 Pt 1): 897-901.
- 33.** Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Review* [Internet] Nov. 2012. [Cité le 22 Sept. 2015]. Disponible sur : <http://www.cochrane.org/fr/CD000081/episiotomie-pour-laccouchement-par-voie-basse>

- 34.** Albers LL et al . Factors related to perineal trauma in childbirth. J Nurse Midwifery [En ligne] Août 1996 ; 41(4) : 269-76 [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/0091218296000420>
- 35.** Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La douleur [Internet]. Mars 2004 [Mise à jour en Oct. 2015 ; Cité 28 août 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>
- 36.** Institut national de la santé et de la recherche médicale. Douleur [Internet]. Juil. 2011 [Cité le 28 août 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
- 37.** Legifrance. Code de la Santé Publique - Art. L1110-5. [En ligne]. Avr. 2005. [Cité le 21 Fév. 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685748&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121005>
- 38.** Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [En ligne]. Mars 2006. 36p. [Cité le 28 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
- 39.** Haut Conseil de la santé publique. Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010 [En ligne]. Mars 2011. 96p. [Cité le 28 août 2015]. Disponible sur: www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20110315_evaldouleur20062010.pdf

40. Attal N. Guide d'évaluation de la douleur : Recommandations du CLUD pour l'évaluation d'une douleur aiguë ou chronique chez l'adulte et l'enfant hospitalisé [En ligne]. Assistance publique hôpitaux de Paris ; Fév. 2013. 29p. [Cité le 28 Août 2015]. Disponible sur :

http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Guide_evaluation_de_la_douleur_GH-janvier_2013-verrou.pdf

41. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : Service des recommandations et des références professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [En ligne]. Fév. 1999 [Cité le 21 Fév. 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

42. Collin E ; Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Chapitre 5 - La douleur [Internet]. Oct. 2015 [Mis à jour en Oct. 2015 ; Consulté le 21 Fév. 2016]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/nivA/DouleurNivA.html>

43. Haute autorité de santé. Synthèse des recommandations professionnelles - Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [En ligne]. Déc. 2008 [Cité le 22 Sept. 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

44. Poumarat L. Prise en charge des douleurs du post-partum par le rééducateur périnéologue [En ligne]. Maternité Hôtel-Dieu ; Clermont-Ferrand ; Avr. 2007. 5p. [Cité le 26 Fév. 2016]. Disponible sur : http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id132.pdf

45. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol [En ligne]. Oct. 2004 ; 191(4) : 1199-204 [Cité le 21 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507941>

- 46.** Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum: revue de littérature. La Revue Sage-femme [En ligne]. Déc. 2013; 12(6) : 263-8 [Cité le 28 Août 2016]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1637408813001314>
- 47.** Röckner G, Henningsson A, Wahlberg V, Ölund A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. Scand J Caring Sci [En ligne]. Mars 1988; 12(1): 19-24 [Cité le 22 Sept. 2105]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.1988.tb00026.x/abstract>
- 48.** Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. J Gynecol Obste Biol Reprod [En ligne]. Fév. 2006; 35(1): 59-67 [Cité le 22 Sept. 2015]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S0368231506764997>
- 49.** Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum (texte court). [En ligne]. Nov. 2015 [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CNGOF/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf
- 50.** Mauny A. Utilité d'une brochure informative sur la durée et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum : étude randomisée [Mémoire de fin d'étude Maïeutiques en ligne]. Bordeaux : Université de Bordeaux Segalen ; 2012. 84 pages [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717302/document>
- 51.** Urion L, Bayoumeu F, Jandard C, Fontaine B, Bouaziz H. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation [En ligne]. Nov. 2004; 23(11): 1050-56 [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/28510>
- 52.** Sleep J, Grant A. Relief of perineal pain following childbirth : a survey of midwifery practice. Midwifery [En ligne]. Sept. 1988 ; 4 (3) : 118-22 [Cité le 14 Sept. 2015]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661388880024X>

- 53.** Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : Service des recommandations professionnelles. Recommandations pour la pratique clinique : Rééducation dans le cadre du post-partum, synthèse des recommandations. [En ligne]. Déc. 2002. 4p. [Cité le 16 Nov. 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_post_partum.pdf
- 54.** Institut national de prévention et d'éducation à la santé, Ministère de la santé, Assurance maladie. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action n°18: La rééducation du post-partum [En ligne]. Sept. 2010 [Cité le 28 août 2015]. Disponible sur: www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3r.pdf
- 55.** Boureau F, Luu M, Doubrère JF. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. Pain [En ligne]. Juil. 1992 ; 50(1) : 59-65 [Cité le 10 Août 2015]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395992901120>
- 56.** Battut A, Nizard J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. Progrès en urologie pelvi-périnéologie [En ligne]. Mars 2016 ; 26(4) : 237-44. [Cité le 04 Avril 2016]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708715005977>
- 57.** Glezener CM. Sexual function after childbirth : women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. Br J Obstet Gynaecol [En ligne]. Mars 1997 ; 104 (3) : 330-5 [Cité le 24 Fév. 2015]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091011>
- 58.** Persico G, Vergani P, Cestaro C, Grandolfo M, Nespoli A. Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery : prevalence, severity and determinants. A prospective observational study. Minerva Gynecol [En ligne]. Déc 2013 ; 6(6) : 669-78 [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346253>

- 59.** Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth : associations with parity and method of birth. Birth [En ligne]. Juin 2002 ; 29(2) : 83-94 [Cité le 21 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12051189>
- 60.** Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - A prospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [En ligne]. Avr. 2008; 137(2):152-56. [Cité le 28 Aout 2015]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030121150700276X>
- 61.** Chang SR et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery : A prospective longitudinal study. Int J Nurs Stud [En ligne]. Sept. 2015; 52 (9): 1433-44. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891500139X>
- 62.** Cítak N et al. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. Acta Obstet Gynecol Scand [En ligne]. Juin 2010; 89(6):817-22. [Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20397759>
- 63.** Hay-smith J. Thérapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia. Cochrane database of Systematic Reviews [Internet]. Juil. 1998 [Modifié en Janv. 2008 ; Cité le 24 Fév. 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/wo1/doi/10.1002/14651858.CD000495/full>

ANNEXES

Annexe 2

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA), VERSION ABRÉGÉE

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire votre douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les derniers 8 jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 Absent/ Non	1 Faible / Un peu	2 Modéré / Modérément	3 Fort / Beaucoup	4 Extrêmement fort / Extrêmement
Élançement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coup de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire de la douleur Saint-Antoine abrégé

Annexe 3: Volet 1

Questionnaire sur les douleurs périnéales en post-partum

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études intitulé « L'impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum », je travaille sur l'évolution de la douleur périnéale dans le post-partum. Afin d'évaluer cette évolution, j'ai établi ce questionnaire qui vous sera donné et qui sera à remplir lors de votre visite post-natale ou lors de votre première séance de rééducation périnéale. Afin d'analyser cette douleur sur un plus long terme, il vous sera demandé de remplir un deuxième questionnaire informatique 6 semaines après votre visite post-natale.

Ces questionnaires seront analysés de manière totalement anonyme.

Les informations recueillies dans ces questionnaires ne seront exclusivement utilisées que dans le cadre de ce mémoire.

MADIC Solène
Etudiante Sage-Femme en 5^{ème} année

Données générales

- 1) Quelle est la date d'aujourd'hui ? : __ / __ / 2015
- 2) Quel est votre âge ? : __ ans
- 3) Quelle est votre taille ? : ___ cm
- 4) Quel était votre poids avant cette grossesse ? : ___ kg
- 5) Combien avez-vous pris de kilos durant cette grossesse ? : __ kg
- 6) Combien avez-vous eu de grossesse(s) ? __
- 7) Combien avez-vous eu d'enfant (s) ? __

Données obstétricales

- 8) A quel terme avez-vous accouché ? __ Semaines d'aménorrhée
- 9) Quelle est votre date d'accouchement ? __ / __ / _____
- 10) Avez-vous accouché par : Voie basse Césarienne (si césarienne, passez à la question 12)
- 11) Une aide instrumentale a-t-elle été nécessaire ? Ventouse Forceps Non
- 12) Votre bébé se présentait par : La tête Le siège
- 13) Quelle était la taille de votre bébé à sa naissance ? ___ cm
- 14) Quel était le poids de votre bébé à sa naissance ? _____ g

15) Avez-vous eu une épisiotomie ? Oui Non

16) Avez-vous eu une déchirure du périnée ? Oui Non

17) Avez-vous donné ou donnez-vous toujours le sein à votre enfant ?

• J'ai donné le sein puis j'ai arrêté

• Je donne toujours le sein aujourd'hui

• Je n'ai pas donné le sein

Evaluation de la douleur

18) Depuis votre accouchement, ressentez-vous régulièrement des douleurs au niveau de votre périnée ?

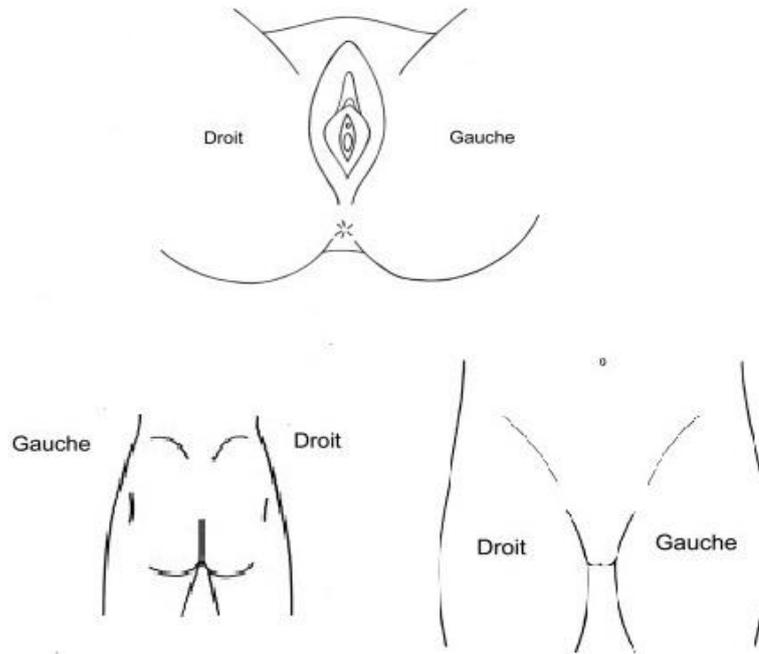
Oui

Non (Si non le questionnaire s'arrête ici)

19) Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire la douleur que vous ressentez au niveau de votre périnée. Pour préciser le type de douleur périnéale que vous ressentez **depuis les 8 derniers jours**, répondez en mettant une croix pour la réponse correspondante. Si jamais aucune de ces douleur périnéale n'est présente, cocher toutes les cases 0 / Absent / Non.

	0 Absente Non	1 Faible Un peu	2 Modérée Modérément	3 Forte Beaucoup	4 Extrêmement forte Extrêmement
Elancement					
Pénétrante					
Décharge électrique					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillements					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

20) Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur périnéale en **noircissant** la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur périnéale **près de la surface** de votre corps ou un « P » pour une **douleur périnéale plus profonde** dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez **la douleur périnéale la plus intense**.



21) Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la **douleur périnéale la plus intense** que vous avez ressentie **la semaine dernière**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur									Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer	

22) Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la **douleur périnéale la plus faible** que vous avez ressentie **la semaine dernière**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur									Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer	

23) Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre **douleur périnéale en général**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur									Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer	

E. Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

F. Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

G. Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

H. Sexualité

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

Remarques ou observations éventuelles :

Merci de l'attention et du temps que vous avez consacré à ce questionnaire.

Annexe 4 : Volet 2

Impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum.

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude intitulé "L'impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum", je travaille sur l'évolution de la douleur périnéale dans le post-partum. Afin d'évaluer cette évolution, j'ai établi ce deuxième questionnaire faisant suite au premier que vous avez rempli dans le cabinet de votre sage-femme libérale lors de votre visite post-natale ou lors de votre premier rendez-vous de rééducation périnéale.

Ce questionnaire est analysé de manière totalement anonyme.

Les informations recueillies dans ce questionnaire ne seront exclusivement utilisées que dans le cadre de ce mémoire.

MADIC Solène
Etudiante sage-femme en 5ème année

*Obligatoire

1. Quel est votre numéro d'anonymat? (Numéro présent sur votre consentement signé précédemment)

Si vous ne vous en souvenez plus, veuillez passer à la question suivante.

2. Quel est votre âge? *

3. Quelle est votre date d'accouchement? *

4. Quel était le poids de votre bébé à la naissance? *

5. Ressentez-vous, au jour d'aujourd'hui, des douleurs périnéales? *

Oui

Non

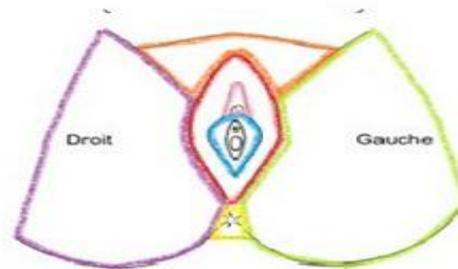
Evaluation de la douleur

6. Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire la douleur que vous ressentez au niveau de votre périnée. Pour préciser le type de douleur périnéale que vous ressentez depuis les 8 derniers jours, répondez en cochant la réponse correspondante. *

Si jamais aucune douleur périnéale n'est présente, cochez toutes les cases 0 / absente / non.

	0 / Absente / Non	1 / Faible / Un peu	2 / Modérée / Modérément	3 / Forte / Beaucoup	4 / Extrêmement forte / Extrêmement
Elancement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pénétrante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Décharge électrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coup de poignard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En étau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiraillements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brûlure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fourmillements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lourdeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epuisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angoissante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obsédante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insupportable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enervante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exaspérante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déprimante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

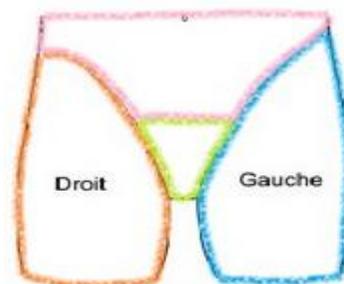
7. Cochez, dans le tableau suivant, où se trouve votre douleur périnéale et précisez si c'est une douleur profonde ou superficielle ainsi que l'endroit où la douleur est la plus intense.



Si aucune douleur n'est ressentie dans ces zones, veuillez passer à la question suivante.

Zone douloureuse	Douleur superficielle	Douleur profonde	Douleur la plus intense
Violet (Fesse droite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vert (Fesse gauche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rouge (Grandes lèvres et fourchette vulvaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bleu (Petites lèvres, entrée du vagin et méat urinaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rose (Clitoris)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orange (Symphyse pubienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jaune (Anus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Cochez, dans le tableau suivant, où se trouve votre douleur périnéale et précisez si c'est une douleur profonde ou superficielle ainsi que l'endroit où la douleur est la plus intense



Si aucune douleur n'est ressentie dans ces zones, veuillez passer à la question suivante.

Zone douloureuse	Douleur superficielle	Douleur profonde	Douleur la plus intense
Bleu (Cuisse gauche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orange (Cuisse droite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vert (Symphyse pubienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rose (Bas de l'abdomen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Sachant que 0 signifie que cela ne gêne pas et que 10 signifie que cela gêne complètement, cochez le chiffre qui décrit le mieux, la gêne provoquée par votre douleur périnéale la semaine dernière concernant votre: *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activité Générale	<input type="radio"/>										
Humeur	<input type="radio"/>										
Capacité à marcher	<input type="radio"/>										
Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)	<input type="radio"/>										
Relations avec les autres	<input type="radio"/>										
Sommeil	<input type="radio"/>										
Goût de vivre	<input type="radio"/>										
Sexualité	<input type="radio"/>										

Rééducation périnéale

17. Combien de séances de rééducation périnéale avez-vous réalisées? *

18. Quel était votre motif de réalisation de cette rééducation périnéale? *

- Prescription de la sage-femme ou de votre gynécologue suite à votre visite post-natale
- Incontinence urinaire
- Douleur
- Autre :

19. Quel type de rééducation périnéale avez-vous réalisé? *

- Manuelle
- Massage du périnée
- A l'aide d'une sonde insérée dans votre vagin
- A l'aide d'une sonde insérée dans votre vagin et d'un écran sur lequel était retranscrit votre contraction périnéale sous forme de dessin
- Autre :

Annexe 5: Formulaire d'information

LETTRE D'INFORMATION

Impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum

Investigateurs :

- Mademoiselle MADIC Solène, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Monsieur GONY Sylvain, Enseignant Sage-femme, Responsable pédagogique de l'unité d'enseignement recherche.

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail xxxxxxx@xxxxx.xx ou sgony@chu-clermontferrand.fr, soit par téléphone au 06 79 73 70 62.

Madame, Mademoiselle,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "Impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum".

Une étude sur l'impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum est engagée au sein du cabinet de votre sage-femme libérale. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Monsieur GONY Sylvain, Enseignant Sage-femme, Responsable pédagogique de l'unité d'enseignement recherche.

1. Pourquoi cette étude

Au cours de mes stages, l'étudiante sage-femme a pu s'apercevoir que les douleurs périnéales apparaissant à la suite d'un accouchement pouvaient persister, et cela parfois pendant plusieurs semaines. Ces douleurs peuvent avoir un impact très important sur votre vie personnelle, professionnelle et sociale. C'est pourquoi leur traitement est fondamental. La rééducation périnéale étant connue pour avoir une action antalgique à l'aide de certains protocoles, l'étudiante sage-femme a souhaité démontrer à travers ce mémoire le réel impact de la rééducation sur ces douleurs et si elle permettait une diminution plus rapide de celles-ci.

2. L'étude en pratique

Pour ce mémoire l'étudiante sage-femme va vous faire remplir un questionnaire lors de votre visite post-natale ou lors de votre première séance de rééducation périnéale afin d'évaluer votre douleur, si celle-ci est présente. Puis, l'étudiante sage-femme vous enverra sur votre adresse mail, un second questionnaire informatif à remplir 6 semaines après le premier, afin d'évaluer l'évolution de vos douleurs. Toutes ces données seront ensuite analysées de manière anonyme afin de pouvoir obtenir des résultats nécessaires à la réalisation de son mémoire.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978).

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à :

Monsieur GONY Sylvain

Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand

U.F.R. de médecine et pharmacie 28 place Henri DUNANT

63001 Clermont-Ferrand BP 38.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Monsieur GONY Sylvain, Enseignement Sage-femme, Responsable pédagogique de l'unité d'enseignement recherche: sgony@chu-clermontferrand.fr,

- Mademoiselle MADIC Solène, étudiante sage-femme : xxxxxxx@xxxxx.xx

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

Annexe 6 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum.

Directeur du mémoire : Monsieur GONY Sylvain ; sgony@chu-clermontferrand.fr

Investigateur : Mademoiselle MADIC Solène ; xxxxxxxx@xxxxxx.xx

L'étudiante sage-femme, Mademoiselle MADIC Solène,

Adresse :

Ecole de sages-femmes, U.F.R. de médecine et pharmacie 28 place Henri DUNANT
63001 Clermont-Ferrand BP 38.

Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposée de participer à l'étude intitulée : "Impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum."

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée : "Impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum."

- Noms :

Prénoms :

- Courriel :

- Numéro de téléphone : / / / /

Numéro d'anonymat de la patiente : |__|__|__|

Je refuse de participer à l'étude intitulée : "**Impact de la rééducation périnéale sur les douleurs périnéales du post-partum.**"

Fait (en double exemplaire) à :

Le :

Signatures

Fait en deux exemplaires originaux

Question 25 : Traitement :

Aucun = 0

Paracétamol = 1

Crème Xylocaïne = 2

Cuprum metallicum D1 = 3

Massage de la cicatrice = 4

Question 26 : Soulagement :

Aucun = 0

Moyen = 5

Complet = 10

Question 27 : Prévalence de la gêne :

Ne gêne pas = 0

Gêne moyennement = 5

Gêne complètement = 10

VOLET 2

Question 19 : Type de rééducation périnéale :

Manuelle = 1

Electrostimulation = 2

Biofeedback = 3

Résumé

Introduction

La prise en charge de la douleur constitue une priorité de santé publique ainsi que l'un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité des soins. Les douleurs périnéales font parties des principales physiopathologies du post-partum car elle représente une des plus importantes conséquences d'un accouchement voie basse. Seulement ces douleurs peuvent persister dans le temps et devenir chronique si elles ne sont pas correctement prises en charge. L'objectif principal de cette étude était de mesurer la prévalence des douleurs périnéales 6 à 8 semaines après un accouchement voie basse.

Population et méthode

Une étude descriptive de prévalence à visée observationnelle a été réalisée auprès de 47 femmes Puy-de-Dôme majeure, ayant accouché et étant suivies par une sage-femme libéral pour sa visite post-natale et/ou pour sa rééducation périnéale à l'aide de 2 questionnaires comprenant le Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine ainsi que le questionnaire Concis de la douleur.

Résultats

Il a été mis en évidence qu'un tiers des femmes ressentaient encore des douleurs périnéales 6 à 8 semaines du post-partum mais que ces douleurs étaient divisées par 6 à 14 semaines du post-partum. Il a aussi été observé une altération de la qualité de vie des femmes en lien avec leurs douleurs périnéales.

Discussion

La population de l'étude est représentative de la population française ayant accouché en 2010. La persistance des douleurs périnéales dans le post-partum est cependant variable selon les études. Néanmoins toutes démontrent que les douleurs périnéales persistantes dans le post-partum existent et qu'elles diminuent avec le temps. De plus, leur facteurs de risques ont pu être identifier.

Mots-clés : Douleur périnéale, Gène des douleurs périnéales, Post-partum, Visite post-natale, Prise en charge thérapeutique, Rééducation périnéale

Abstract

Background

The follow on care of pain represents a public health priority and is one of the elements of quality of care improvement policy. Perineal pains are parts of postpartum major physiopathologies because they represent one of the major consequences after delivery. Only these pains may persist over time and become chronic if not properly treated. The main objective of this study was to measure the prevalence of perineal pains 6-8 weeks after delivery.

Study design

A descriptive study of prevalence with observational aim was conducted among 47 adult women in Puy-de-Dôme, giving birth and being followed by a liberal midwife for her postnatal visit and/or its perineal reeducation with 2 questionnaires including short Mc Gill pain questionnaire and Brief pain inventory.

Results

This study reveals that a third of women still felt perineal pain 6 to 8 weeks postpartum, but this ratio was divided by 6 on 14 weeks postpartum. It shows also an alteration of women's quality of life related to their perineal pains.

Discussion

The study population is representative of the French population who gave birth in 2010. The persistence of perineal pain in the postpartum period is variable, according to studies. Nevertheless, all of them demonstrate that persistent perineal pain in the postpartum exists and decreases with time. Moreover, their risk factors have been identified.

Keywords : Perineal pain, Hinder of perineal pain, Postpartum, Post-natal visit, Therapeutic follow-up, Perineal reeducation