



HAL
open science

État des lieux de la prévention prénatale des troubles périnéaux dans le département du Var (83)

Johanne Vogel

► **To cite this version:**

Johanne Vogel. État des lieux de la prévention prénatale des troubles périnéaux dans le département du Var (83). Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01690476

HAL Id: dumas-01690476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690476>

Submitted on 23 Jan 2018

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.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

**État des lieux de la prévention prénatale
des troubles périnéaux
dans le département du Var (83)**

Johanne VOGEL
Née le 02 septembre 1992
À Hyères, Var (83)

Mémoire présenté et soutenu le 12 Juin 2017

Directeur de mémoire : Pascale Fournier

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME

2017

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

**État des lieux de la prévention prénatale
des troubles périnéaux
dans le département du Var (83)**

Johanne VOGEL
Née le 02 septembre 1992
À Hyères, Var

Mémoire présenté et soutenu le 12 Juin 2017

Directeur de mémoire : Pascale Fournier

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME

2017

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement :

L'équipe pédagogique de l'École de sages-femmes de Nice ainsi que sa directrice, Madame Maccagnan, pour leur accompagnement dans l'apprentissage du métier.

Le Conseil de l'Ordre des Sages-femmes du Var pour m'avoir permis le lancement de l'étude dans le département.

Les cadres des maternités, le médecin responsable de la Protection Maternelle Infantile du Var et les sages-femmes varoises pour avoir accepté de participer à ce projet.

Pascale, Emeline et Mag pour votre accompagnement, vos conseils et surtout votre bienveillance. Je vous en suis très reconnaissante.

Ma grand-mère, mes parents, Ivan, mon oncle, mon parrain et mes taties pour m'avoir soutenue et supportée durant ces sept années d'études.

Enzo, Noëlie et Emma pour vos sourires et votre amour.

Olivia, Leslie, Margaux et Lucie, mes grandes amies, pour votre sincérité et vos lumières. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Ylhem et Marie pour votre soutien et votre aide si précieuse.

Adrien, Danaé et Anaïs pour tous ces fous rires qui je l'espère, continueront.

Et enfin, du plus profond du cœur, merci à mon grand-père pour tout l'amour qu'il m'a laissé.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Abréviations	5
Liste des figures et tableaux	6
Avant-Propos	8
Introduction	9
1. Le constat.....	9
2. La problématique.....	10
Population et méthode	13
1. Objectifs et hypothèses.....	13
2. Population.....	14
2.1. Les structures.....	14
2.2. Les critères d'inclusion	15
2.3. Les critères d'exclusion.....	15
3. Méthode.....	15
3.1. Outil de diffusion	15
3.2. Choix de l'effectif	16
3.3. Méthode statistique	17
3.4. Accords.....	18
Résultats	19
1. Première partie : Description de la population	19
1.1. Les taux de participation	19
1.2. Les lieux d'exercice	19
1.3. La répartition des SF varoises	20
1.4. Les caractéristiques de la population	21
1.5. Formation complémentaire et initiale, prévention prénatale des troubles périnéaux et périnée évoqué pendant la grossesse	22
1.6. Les freins à la prévention	23
2. Deuxième partie : Etat des lieux de la prévention prénatale des troubles périnéaux.....	25
3. Troisième partie : Les questions générales autour du périnée.....	28
3.1. Le per partum	28
3.1.1. Les sages-femmes déclarant ne pas travailler en SDN	28
3.1.2. Les pratiques en SDN	29
3.2. Questions diverses.....	30
Discussion	32
1. La réponse aux objectifs de l'étude	32

1.1.	Quelle place est attribuée à la prévention des troubles périnéaux dans le suivi prénatal des femmes ?.....	32
1.2.	Quels sont les facteurs pouvant influencer la prévention ?.....	33
1.2.1.	Le secteur d'exercice	33
1.2.2.	La formation complémentaire.....	34
1.2.3.	L'année d'obtention du diplôme.....	35
1.2.4.	L'exercice de la rééducation périnéale	36
1.2.5.	La formation initiale	36
1.2.6.	Le périnée évoqué en anténatal.....	37
1.3.	Comment la prévention prénatale des troubles périnéaux est-elle réalisée ?	38
1.3.1.	Le dépistage anténatal des troubles et des facteurs de risque	38
1.3.1.1.	Les circonstances du dépistage	38
1.3.1.2.	Le dépistage par l'interrogatoire	40
1.3.1.3.	Le dépistage par l'examen clinique	45
1.3.2.	L'information et l'éducation.....	46
1.3.2.1.	L'éducation périnéale	46
1.3.2.2.	La proposition d'une autoréducation	48
1.3.2.3.	Les informations sur la rééducation périnéale postnatale.....	49
1.3.3.	La prise en charge périnéale pendant la grossesse : la rééducation périnéale prénatale.....	50
1.3.3.1.	Droit de prescription et d'exercice.....	50
1.3.3.2.	La place de la rééducation périnéale prénatale	51
1.3.4.	La prévention perinatale	52
1.3.4.1.	Limitation de la durée de la deuxième phase de travail.....	53
1.3.4.2.	L'application de compresses chaudes.....	54
1.3.4.3.	L'entraînement aux efforts expulsifs	54
1.3.4.4.	Le travail postural et l'expiration freinée	54
1.3.4.5.	L'expression abdominale	56
1.3.4.6.	L'épisiotomie et les extractions instrumentales.....	56
1.4.	Quels sont les freins à la prévention ?.....	57
1.5.	L'avis des sages-femmes concernant la rééducation du post-partum	57
2.	Les limites de l'étude.....	58
	Conclusion	60
	Axes d'amélioration.....	62
	Perspectives	63
	Bibliographie.....	I
	Annexes.....	III

Abréviations

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CPN : Consultations Périnatales

EPI : Entretien Périnatal Individuel

IA : Incontinence Anale

IU : Incontinence Urinaire

NC : Non Calculable

NS : Non Significatif

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Parentalité et à la Naissance

PTAE : Pressions Thoraco-Abdominales à l'Effort

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

RR : Risque Relatif

SA : Semaines d'Aménorrhées

SDN : Salle de Naissance

SF : Sage-Femme

Tc : Tableaux de comparaison

Liste des figures et tableaux

- Figure 1 : L'arbre décisionnel du questionnaire
- Figure 2 : La répartition des SF varoises selon les secteurs
- Figure 3 : La répartition des SF de l'étude selon les secteurs
- Figure 4 : La répartition des freins à la prévention selon les secteurs

- Tableau I : Les taux de participation
- Tableau II : Les lieux d'exercice
- Tableau III : Les caractéristiques de la population
- Tableau IV : Les activités prénatales des rééducatrices du périnée
- Tableau V : Formation et prévention
- Tableau VI : Les motifs d'absence de prévention
- Tableau VII : Les modalités de prévention
- Tableau VIII : Les SF déclarant ne pas travailler en SDN
- Tableau IX : Les pratiques en SDN
- Tableau X : Les questions diverses

*« J'ai compris que le courage
n'est pas l'absence de peur,
mais la capacité de la vaincre. »*

Nelson Mandela

Avant-Propos

Être capable d'assurer le suivi de la mère et de l'enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite postnatale est un des principaux objectifs requis pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme (SF)¹. Ce suivi comprend le dépistage des troubles périnéo-sphinctériens et l'exercice de la rééducation pelvi-périnéale.

Au sein de la formation initiale, en fin de cursus, des cours théoriques sur l'incontinence urinaire et la rééducation sont dispensés; il reste cependant compliqué pour les étudiants d'obtenir un stage et d'accéder à la pratique.

Lors d'un stage en cabinet libéral, j'ai eu la possibilité d'accéder à cet enseignement. J'ai pris conscience qu'au commencement des séances de rééducation périnéo-sphinctérienne, les patientes n'avaient pas ou peu connaissance de leur périnée, peu importe leur âge. Dans le cadre de la rééducation du post-partum, certaines nous confiaient avoir des fuites urinaires fréquentes et handicapantes datant d'avant leur grossesse, à la fois gênées et soulagées de pouvoir enfin en parler.

La littérature actuelle montre que la rééducation périnéale réalisée pendant la grossesse dans un but préventif n'a pas fait ses preuves. En revanche, les auteurs s'accordent à dire que la prévention prénatale des troubles périnéaux est un devoir pour les professionnels de la médecine générale et de la gynécologie-obstétrique, et ce, tout au long de la vie génésique de la femme. À travers ce mémoire, j'aimerais savoir si cet impératif est rempli par les SF du Var.

De par la prévalence importante de l'Incontinence Urinaire (IU) dans la population générale et chez les femmes enceintes, la discussion de ce mémoire sera particulièrement orientée vers ce trouble.

¹ L'étymologie initiale du mot composé « sage-femme » lui confère le genre féminin. Ainsi, il a été décidé d'utiliser l'accord au féminin au long de ce travail.

Introduction

1. Le constat

Les troubles périnéaux sont un réel problème de santé publique. L'IU affecte entre 25 et 45 % de la population générale féminine active [1], l'Incontinence Anale (IA) 20 % [2] et le prolapsus génital entre 2,9 à 11,4 % [3]. Concernant l'IU, plus de 49 % des femmes atteintes auraient moins de 40 ans et plus d'une lycéenne sur dix aurait des fuites à l'effort [4]. Ces troubles altèrent la qualité de vie des femmes, ils impactent sur l'estime de soi, la sexualité, la vie professionnelle, les relations aux autres, etc. Il s'agit de véritables handicaps, vécus comme gênants, tabous et souvent gardés secrets.

Autrefois, la zone génitale était considérée comme honteuse. C'est la raison pour laquelle son innervation s'est vue attribuer l'appellation de « nerf honteux ». Aujourd'hui, la société a évolué vers l'autre extrême : tout est exposé, exhibé, exacerbé. Cependant, derrière tous ces artifices, le périnée reste encore « ignoré, inconnu, maltraité, abîmé et négligé tout au long de la vie ». Notre société n'a donc rien fait évoluer [4].

Une étude française montre que seulement 14 % des femmes visualisent correctement leur périnée et 50 % ne savent pas le localiser. La moyenne des notes sur la connaissance de l'anatomie périnéale est de 13,6/20 et seulement 39 % des femmes sont capables de citer les trois orifices de haut en bas [5]. Le périnée est donc aujourd'hui encore peu connu des femmes. Selon Bernadette de Gasquet dans son livre *Périnée, Arrêtons le massacre !* : méconnaître le périnée « *C'est méconnaître l'incomparable richesse de cette partie de nous : aucune partie du corps ne répond à autant de fonctions vitales que le périnée !* ».

En effet, ce diaphragme pelvien est le siège de beaucoup d'exigences dans la vie génésique d'une femme. Les rôles qui lui incombent sont prédictifs d'une bonne santé : exonérations urinaires et fécales, sexualité, grossesse, accouchement. Ces muscles sont soumis à des pressions et des fluctuations hormonales qui les fragilisent, il est fort probable de rencontrer au moins une fois dans sa vie, un facteur de risque de trouble périnéal.

La SF prend en charge la femme tout au long de sa vie. Elle assure son suivi gynécologique, suit ses grossesses, l'accompagne dans le travail et l'accouchement, surveille les suites postnatales et guide sa rééducation périnéale. Son rôle se complète par celui du gynécologue-obstétricien lorsqu'une anomalie survient. Dans le respect de son champ de compétences, elle doit veiller au bien-être de la mère et de l'enfant.

Le dépistage, la prévention et la prise en charge des troubles périnéaux sont un des principaux rôles de la SF : « *La sage-femme occupe une place privilégiée dans le parcours de soins des femmes, pour proposer tout au long de la vie d'une femme une rééducation de qualité y compris pendant la grossesse* » [2]. Qu'il s'agisse du suivi gynécologique, de la grossesse ou du suivi postnatal, ce rôle a toute son importance.

La grossesse semble être la meilleure période pour intercepter les femmes. Ceci s'explique d'une part, par l'augmentation de l'incidence des troubles périnéaux chez les femmes enceintes (30 à 50 % pour l'IU (principalement IU d'effort) et 5 à 10 % pour l'IA) et d'autre part, par la fréquence des consultations obstétricales [6]. Ces nombreux temps d'échanges avec la patiente permettent au professionnel d'établir un lien de confiance et d'intimité, rendant l'abord de cette thématique moins délicate. Il sera plus confortable pour la patiente de se référer au professionnel qui assurera la majeure partie de son suivi de grossesse.

2. La problématique

D'après les nouvelles Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) de 2016 : « *Aucun essai randomisé n'a évalué la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme. Elle n'est donc pas recommandée (accord professionnel)* ». « *La rééducation périnéale par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum (grade A)* ».

Ces nouvelles recommandations sont un prolongement des RPC au sujet de la rééducation dans le cadre du post-partum de la Haute Autorité de Santé de 2002 : « *L'indication de rééducation en post-partum n'est pas systématique. La prescription de séances de rééducation du post-partum découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés au cours de la consultation postnatale...* ».

Autrement dit, les patientes ne souffrant pas de symptomatologie anale, urinaire ou de prolapsus après l'accouchement, ne devraient plus bénéficier de traitement en systématique. Or, asymptomatique ne veut pas dire sans dégâts périnéaux. Même s'il s'agit de microtraumatismes non perceptibles à la clinique, ces femmes ne sont pas à l'abri de développer une pathologie périnéale ultérieure [2]. En effet, des mauvaises habitudes de vie (sport trop intensif, port de charges lourdes, inversion de commande, absence de verrouillage périnéal à l'effort, mauvaises postures, constipation et toux chroniques, etc.) sont des éléments pouvant rendre pathologique une situation qui ne l'était pas initialement [7].

Selon ces recommandations, les femmes ne bénéficieront plus d'éducation et de prévention périnéale du post-partum, tant qu'elles ne deviendront pas symptomatiques. Même si l'intérêt préventif de la rééducation postnatale n'a pas été prouvé, l'éducation qui l'accompagne est un incontournable dans la vie d'une femme. C'est un moment d'échanges où la femme peut poser ses questions et comprendre ce qu'est le périnée, ce qu'il s'est passé, ce qu'il faut réparer, etc. Cet apprentissage demande de l'accompagnement et du temps. Il est indispensable pour permettre aux femmes de préserver leur périnée.

Comme suggéré précédemment, cette prévention postnatale doit être en continuité d'une stratégie préventive débutée bien plus tôt. Le moment de la grossesse est effectivement la période privilégiée pour toucher la population féminine jeune et, ainsi répandre le dépistage et l'apprentissage au plus grand nombre. La prévention prénatale des troubles périnéaux rentre dans le cadre de la prévention des troubles féminins au sens large. Elle a aujourd'hui et plus que jamais, toute sa place dans la pratique des SF, des médecins généralistes, des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens. D'autant plus par les temps qui courent, où la prévention postnatale des troubles périnéaux voit ses jours comptés. Si cette prévention n'est pas débutée en amont des accouchements (médecine scolaire, suivi gynécologique de prévention, suivi prénatal), elle n'existera plus.

Les SF du Var incluent-elles cette prévention des troubles périnéaux dans le suivi prénatal des patientes ? Si oui, de quelle manière ? Est-il nécessaire de redéfinir les fondements de cette stratégie préventive ?

Pour répondre à ces questions, les résultats de l'étude seront présentés. Ensuite, ils seront commentés dans la partie discussion en comparaison aux données de la littérature et pour finir, les limites de l'étude seront exposées.

Population et méthode

1. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de ce mémoire est de déterminer la prévalence des SF du Var réalisant la prévention prénatale des troubles périnéaux.

Les objectifs secondaires sont :

- ◆ Établir les facteurs pouvant influencer la prévention ;
- ◆ Décrire la manière dont les SF organisent cette stratégie préventive ;
- ◆ Décrire les motifs expliquant l'absence de prévention ;
- ◆ Connaître l'opinion des SF concernant la rééducation périnéale postnatale.

L'hypothèse principale de ce mémoire est : « La prévalence des SF varoises réalisant la prévention des troubles périnéaux n'est pas suffisante. Face à une probable restriction de la rééducation périnéale postnatale seulement aux femmes symptomatiques, celle-ci semble fortement compromise ».

Les hypothèses secondaires sont :

- ◆ Certains facteurs influencent de manière positive le fait de prévenir : l'exercice libéral, le fait d'avoir été diplômée en 1996 ou après, de s'être formée dans le domaine du périnée, de pratiquer la rééducation périnéale et le fait d'aborder le périnée pendant la grossesse. En revanche, l'insatisfaction face à la formation initiale dans le domaine de la rééducation périnéale est un facteur défavorable.

- ◆ La manière dont les SF préviennent, n'est pas en totale adéquation avec ce que propose la littérature. Il est nécessaire de redéfinir le concept de prévention prénatale des troubles périnéaux.
- ◆ Les motifs expliquant l'absence de prévention varient en fonction du secteur d'exercice.
- ◆ La majorité des SF varoises informent et proposent la rééducation postnatale à toutes les accouchées.

2. Population

L'étude est multicentrique et descriptive. Elle s'est déroulée du 10 juin au 22 octobre 2016 dans le département du Var (83).

2.1. Les structures

Les secteurs hospitaliers, libéraux et territoriaux ont été sollicités pour participer à l'étude :

- ◆ Les six hôpitaux publics : le Centre Hospitalier de la Dracénie – Draguignan, le Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-Saint Raphaël, le Centre Hospitalier de Saint-Tropez, le Centre Hospitalier de Hyères, le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon- la Seyne et le Centre Hospitalier de Brignoles ;
- ◆ Les cabinets libéraux ;
- ◆ Les dix Unités de Promotion de la Santé du service Départemental de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

2.2. Les critères d'inclusion

- ◆ L'exercice dans au moins un des trois secteurs du département ;
- ◆ La réalisation de Consultations Périnatales (CPN) et/ou Préparation à la Parentalité et à la Naissance (PNP) et/ou d'Entretien Périnatal Individuel (EPI).

2.3. Les critères d'exclusion

- ◆ Les SF ne réalisant pas de suivi prénatal ;
- ◆ Les SF réalisant uniquement du suivi échographique.

3. Méthode

3.1. Outil de diffusion

L'étude s'est matérialisée par la diffusion d'un questionnaire anonyme destiné aux SF, en format papier ou informatisé (via un fichier Google Forms) (*annexe II*). Celui-ci comprend 16 questions réparties en trois parties. La première partie a permis de caractériser l'ensemble de la population interrogée. La deuxième partie décrit la manière dont les SF préviennent les troubles périnéaux et la troisième partie traite de questions générales autour du périnée.

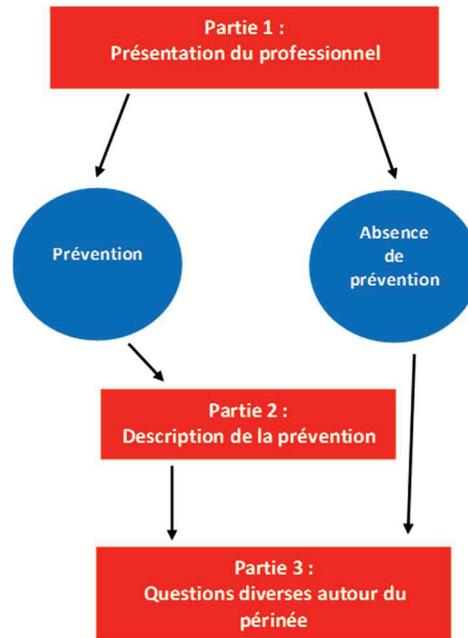


Figure 1 : L'arbre décisionnel du questionnaire

3.2. Choix de l'effectif

D'après l'état des lieux démographique du Conseil de l'Ordre des Sages-femmes du Var, le nombre de SF actives en 2016 est de 304 dont 168 hospitalières, 14 territoriales et 92 libérales². La somme des effectifs des SF varoises réalisant du suivi prénatal est de 149.

L'objectif a été d'obtenir la participation d'une centaine de SF soit, un tiers de la population générale et deux tiers de celle réalisant du suivi anténatal.

² Etat des lieux démographique 2015 – Assemblée générale du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes du Var, le 10 Juin 2016

3.3. Méthode statistique

La saisie des données s'est faite grâce au logiciel informatique Excel. Concernant l'analyse statistique des résultats, l'outil utilisé a été le site en ligne BiostaTGV. Les analyses comparatives de nos variables qualitatives ont été faites via le test de Chi2 et le test exact de Fisher (prenant en compte les effectifs parfois inférieurs à 5).

La valeur de la « p-value » de significativité a été retenue inférieure à 5 % soit $p < 0,05$. Si $p < 0,05$ alors il existe un rapport entre les variables. Lorsque le test est Non Significatif (NS), cela signifie qu'il n'existe aucun rapport entre les variables.

Pour les tableaux de comparaison, nous avons fait apparaître les Risques Relatifs (RR) avec leur intervalle de confiance à 95 %. L'outil utilisé pour ces calculs a été le site du Service de Pharmacologie Clinique de l'Université de Lyon.

Le fait de faire apparaître le RR nous permet de vérifier deux paramètres :

- ◆ La significativité : si l'Intervalle de Confiance (IC) comprend 1, alors le test n'est pas significatif.
- ◆ L'influence du facteur sur le résultat : est-ce que la présence de ce facteur augmente ou réduit la chance d'obtenir le résultat ? Si le RR est égal à 1, alors le facteur n'a aucune influence sur le résultat, si $RR > 1$ alors le facteur a une influence positive sur le résultat. Si $RR < 1$ alors le facteur a une influence négative.

On comprend alors que si le test n'est pas significatif, le RR n'a aucune valeur d'interprétation. La mention NC signifie : Non Calculable, cela signifie que l'un des effectifs étant inférieur ou égal à 1, le calcul du RR et de l'IC n'ont pas été réalisables.

3.4. Accords

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes du Var a autorisé la participation des SF libérales. Pour les structures publiques, le/la cadre de chaque maternité a donné son accord. Le médecin responsable du Conseil général a autorisé l'accès aux différentes Unités de Promotion de la Santé du Service Départemental de la PMI.

Résultats

1. Première partie : Description de la population

1.1. Les taux de participation

Initialement, 103 SF ont répondu au questionnaire. Un SF a été exclu car ses activités prénatales ne comprenaient que la réalisation d'examens échographiques de dépistage. Au total, 102 SF/149 réalisant du suivi prénatal ont participé à notre étude. Le taux global de participation est de 68,5 %.

Lieu d'exercice	Total réponses	Total distribué	%
Cabinet	58	90	64,4
Hôpital	39	45	86,7
<i>Ste musse</i>	13	14	92,9
<i>Hyères</i>	5	5	100,0
<i>Fréjus</i>	5	5	100,0
<i>Draguignan</i>	2	2	100,0
<i>Gassin</i>	7	13	53,8
<i>Brignoles</i>	6	6	100,0
PMI	10	14	71,4
Total	102	149	68,5

Tableau I : Les taux de participation

1.2. Les lieux d'exercice

Lieux d'exercice	n	%
Cabinet	58	56,9
Hôpital	39	38,2
<i>Ste musse</i>	13	12,7
<i>Hyères</i>	5	4,9
<i>Fréjus</i>	5	4,9
<i>Draguignan</i>	2	2,0
<i>Gassin</i>	7	6,9
<i>Brignoles</i>	6	5,9
PMI	10	9,8
Population totale	<u>102</u>	100,0

Tableau II : Les lieux d'exercice

1.3. La répartition des SF varoises

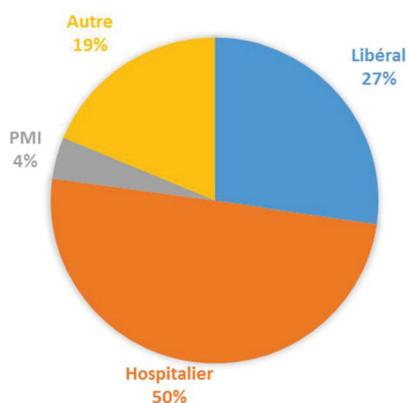


Figure 2 : La répartition des SF varoises selon les secteurs³

La catégorie « autre » comprend les SF en recherche d'emploi, les retraitées et les employées de clinique privée.

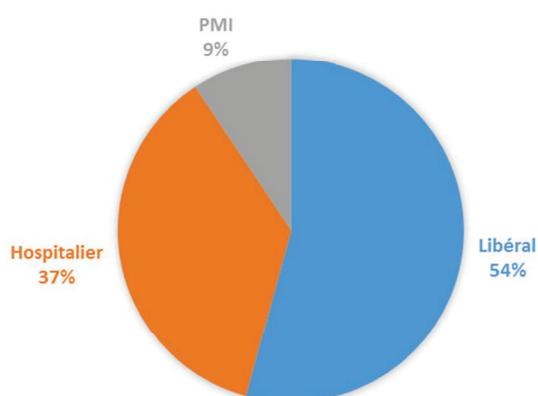


Figure 3 : La répartition des SF de l'étude selon les secteurs

La répartition des SF de l'étude n'est pas superposable à celle de toutes les SF varoises étant donné que seules les SF réalisant du suivi anté-natal ont été sélectionnées.

³ Etat des lieux démographique 2015 – Assemblée générale du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes du Var, le 10 Juin 2016

1.4. Les caractéristiques de la population

Caractéristiques	Population totale n = 102 (%)	Cabinet n = 58 (%)	Hôpital n = 39 (%)	PMI n = 10 (%)
Age				
<25 ans	6 (5,9)	3 (5,2)	3 (7,7)	0 (0,0)
26-30 ans	16 (15,7)	4 (6,9)	12 (30,8)	0 (0,0)
31-35 ans	19 (18,6)	9 (15,5)	8 (20,5)	2 (20,0)
36-40 ans	10 (9,8)	8 (13,8)	1 (2,6)	1 (10,0)
41-45 ans	14 (13,7)	11 (19,0)	5 (12,8)	1 (10,0)
46-50 ans	13 (12,7)	5 (8,6)	4 (10,3)	5 (50,0)
> 50 ans	24 (23,5)	18 (31,0)	6 (15,4)	1 (10,0)
Sexe				
F	100 (98,0)	57 (98,3)	38 (97,4)	1 (10,0)
M	2 (2,0)	1 (1,7)	1 (2,6)	0 (0,0)
Lieu de formation				
PACA	50 (49,0)	28 (48,3)	23 (71,8)	2 (20,0)
Hors PACA	45 (44,1)	27 (46,6)	15 (38,5)	5 (50,0)
Hors France	7 (6,9)	3 (5,2)	1 (2,6)	3 (30,0)
Année d'obtention du diplôme d'état				
<1996	39 (38,2)	26 (44,8)	11 (28,2)	5 (50,0)
≥1996	63 (61,8)	32 (55,2)	28 (71,8)	5 (50,0)
Activités pratiquées				
CPN	85 (83,3)	51 (87,9)	30 (76,9)	9 (90,0)
EPI	47 (46,1)	27 (46,6)	16 (41,0)	6 (60,0)
PNP	68 (66,7)	41 (70,7)	25 (64,1)	6 (60,0)
Suivi gynécologique	29 (28,4)	25 (43,1)	3 (7,7)	2 (20,0)
Consultation post natale	46 (45,1)	32 (55,2)	9 (23,1)	7 (70,0)
Rééducation périnéale	46 (45,1)	45 (77,6)	4 (10,3)	0 (0,0)
Salle de Naissance	32 (31,4)	5 (8,6)	29 (74,4)	0 (0,0)
Suites de Couches	51 (50,0)	22 (37,9)	30 (76,9)	2 (20,0)
Grossesses pathologiques	27 (26,5)	13 (22,4)	16 (41,0)	1 (10,0)

Tableau III : Les caractéristiques de la population

La population totale est de 102 SF. Or, la somme des effectifs en cabinet libéral, en hôpital et en PMI est de 107. En effet, cinq SF ont déclaré exercer à la fois en libéral et à l'hôpital (parmi les cinq, trois ont déclaré prévenir). C'est pourquoi, pour les différentes caractéristiques observées dans chacun des secteurs, la somme des effectifs ne correspond pas forcément aux effectifs totaux (présentés dans la colonne échantillon total). L'écart entre les deux peut atteindre maximum cinq.

Les années d'obtention du diplôme ont été classées selon l'année 1996 car il s'agit de l'année à partir de laquelle les SF ont commencé à pratiquer la rééducation périnéale.

Concernant les activités pratiquées en suites de couche et grossesses pathologiques, la mention « autre » a permis de retenir également les réponses suivantes : programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation, surveillance des grossesses à risque à domicile, surveillance des enregistrements cardiopographiques.

SF exerçant la rééducation n = 46	n	%
Formées	37	80,4
Activités prénatales		
CPN	41	89,1
PNP	22	47,8
EPP	33	71,7

Tableau IV : Les activités prénatales des rééducatrices du périnée

1.5. Formation complémentaire et initiale, prévention prénatale des troubles périnéaux et périnée évoqué pendant la grossesse

	Population totale n = 102 (%)	Cabinet n = 58 (%)	Hôpital n = 39 (%)	PMI n = 10 (%)	p
Prévention faite	74 (72,5)	47 (81,0)	22 (56,4)	8 (80,0)	p<0,05
Périnée évoqué	94 (92,2)	56 (96,6)	33 (84,6)	9 (90,0)	NS
Formation complémentaire	56 (54,9)	41 (70,7)	12 (30,8)	6 (60,0)	p<0,05
Formation initiale suffisante	13 (12,7)	8 (13,8)	6 (15,4)	0 (0,0)	NS

Tableau V : Formation et prévention

La question sur la formation initiale dans le domaine de la rééducation du périnée et des troubles périnéaux vise à comprendre l'opinion des SF sur l'enseignement dispensé à l'école. Ont-ils permis aux SF de prévenir et rééduquer les femmes dès l'obtention du diplôme ?

La rubrique « périnée évoqué » concerne les informations données aux patientes pendant la grossesse sur le périnée : explications sur l'anatomie, les fonctionnalités, les modifications pendant le travail, l'accouchement, au cours de la vie génésique, etc.

La rubrique « prévention faite » correspond à la prévention prénatale des troubles périnéaux. Sa définition, détaillée dans la partie suivante, a été exposée aux SF dans le questionnaire.

Les analyses statistiques montrent que l'exercice libéral influence de manière positive le fait de s'être formée et le fait de prévenir.

1.6. Les freins à la prévention

Pour les SF déclarant ne pas prévenir, plusieurs motifs d'absence de prévention leur ont été proposés. Cette question est à choix multiple.

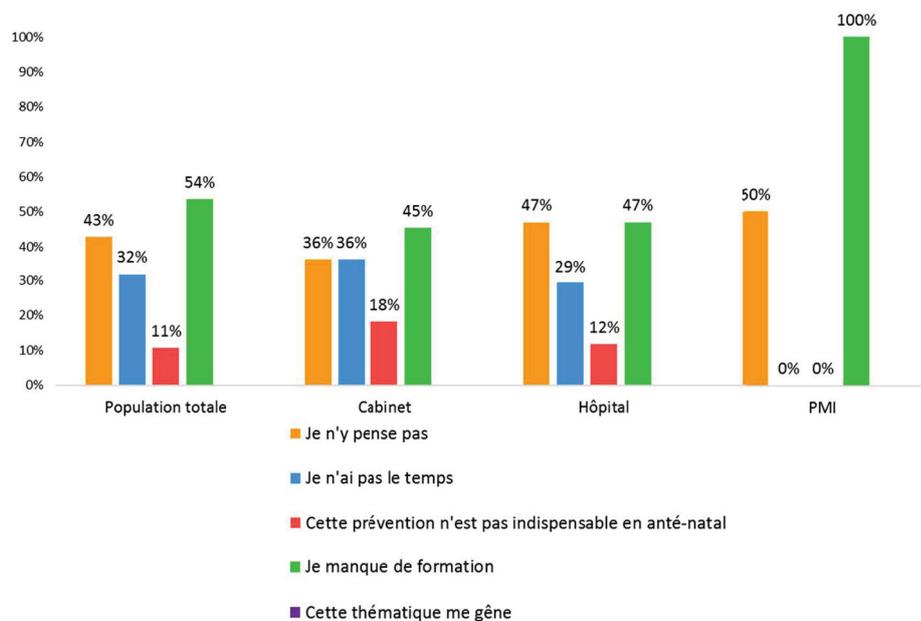


Figure 4 : La répartition des freins à la prévention selon les secteurs

Cette figure permet de visualiser la répartition des motifs d'absence de prévention dans la population générale et dans chaque structure.

	Echantillon total n = 28 (%)	Cabinet n = 11 (%)	Hôpitaux n = 17 (%)	PMI n = 2 (%)	p
Je n'y pense pas	12 (42,9)	4 (36,4)	8 (47,1)	1 (50,0)	NS
Je n'ai pas le temps	9 (32,1)	4 (36,4)	5 (29,4)	0 (0,0)	NS
Cette prévention n'est pas indispensable en anté-natal	3 (10,7)	2 (18,2)	2 (11,8)	0 (0,0)	NS
Je manque de formation	15 (53,6)	5 (45,5)	8 (47,1)	2 (100,0)	NS
Cette thématique me gêne	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	NS

Tableau VI : Les motifs d'absence de prévention

Aucune n'a répondu « cette thématique me gêne ».

Les analyses statistiques montrent que le secteur d'exercice n'a aucune influence sur le choix du motif d'absence de prévention.

2. Deuxième partie : État des lieux de la prévention prénatale des troubles périnéaux

Cette partie est destinée aux SF qui déclarent prévenir. Les questions de cette partie sont numérotées de 1 à 7 et sont à choix multiples sauf la question 2 (question à choix unique) et la question 3 (question ouverte).

	Echantillon total n=74 (%)	Cabinet n=47 (%)	Hôpital n=22 (%)	PMI n=8 (%)	p
1) Dans quelle(s) circonstance(s)?					
CPN	47 (63,5)	30 (63,8)	12 (54,5)	6 (75,0)	NS
EPI	26 (35,1)	16 (34,0)	4 (18,2)	7 (87,5)	p<0,05
PNP	55 (74,3)	40 (85,1)	15 (68,2)	3 (37,5)	NS
CPN + PNP	34 (45,9)	26 (56,3)	6 (27,3)	3 (37,5)	NS
2) A partir de quel terme ?					
T1	28 (37,8)	19 (40,4)	8 (36,4)	2 (25,0)	NS
T2	26 (35,1)	18 (38,3)	7 (31,8)	3 (37,5)	NS
T3	20 (27,0)	10 (21,3)	7 (31,8)	3 (37,5)	NS
3) Facteurs de risques d'IU de grossesse					
Généraux	35 (47,3)	21 (44,7)	11 (50,0)	4 (18,2)	NS
Obstétricaux	45 (60,8)	28 (59,6)	18 (81,8)	3 (13,6)	p<0,05
Grossesse	10 (13,5)	5 (10,6)	2 (9,1)	3 (13,6)	NS
Mauvaises habitudes de vie	46 (62,2)	29 (61,7)	14 (63,6)	4 (18,2)	NS
Autre	16 (21,6)	9 (17,0)	5 (22,7)	2 (9,1)	NS
4) Testing périnéal					
En systématique	11 (14,9)	8 (17,0)	2 (9,1)	2 (25,0)	NS
Si au moins un facteur de risque	13 (17,6)	9 (19,1)	2 (9,1)	2 (25,0)	NS
Si trouble périnéal	28 (37,8)	17 (36,2)	9 (40,9)	3 (37,5)	NS
Jamais	26 (35,1)	16 (19,1)	9 (40,9)	2 (25,0)	NS
5) Conseils oraux					
En systématique	34 (45,9)	25 (53,2)	9 (40,9)	2 (25,0)	NS
si au moins un facteur de risque	22 (29,7)	9 (19,1)	9 (40,9)	5 (62,5)	p<0,05
si trouble périnéal	25 (33,8)	15 (31,9)	5 (22,7)	5 (62,5)	NS
Jamais	2 (2,7)	0 (0,0)	2 (9,1)	0 (0,0)	NS
6) Auto-rééducation					
En systématique	4 (5,4)	2 (4,3)	1 (4,5)	1 (12,5)	NS
Si au moins un facteur de risque	12 (16,2)	10 (21,3)	2 (9,1)	0 (0,0)	NS
Si trouble périnéal	31 (41,9)	15 (31,9)	14 (63,6)	4 (50,0)	NS
Jamais	28 (37,8)	22 (46,8)	4 (18,2)	3 (37,5)	NS
7) Cas clinique					
Réponse 1 *	10 (13,5)	4 (8,5)	4 (18,2)	2 (25,0)	NS
Réponse 2 **	59 (79,7)	37 (78,7)	16 (72,7)	8 (100,0)	NS
Réponse 3 ***	27 (36,5)	19 (40,4)	7 (31,8)	2 (25,0)	NS

Tableau VII : Les modalités de prévention

La septième question est un cas clinique : « *Votre patiente primigeste nullipare au terme de 24 Semaines d'Aménorrhées (SA) se plaint de fuites urinaires à l'éternuement survenues depuis 2 mois, que lui proposez-vous ?* »

Les propositions sont les suivantes :

- ◆ Réponse 1 *: « *Je la rassure, cette incontinence de grossesse est physiologique* ».
- ◆ Réponse 2 **: « *Je lui donne des conseils pour que le trouble ne s'aggrave pas et insiste sur l'intérêt de la rééducation postnatale* ».
- ◆ Réponse 3*** : « *Je lui donne des conseils pour que le trouble ne s'aggrave pas, j'effectue un testing périnéal et en fonction, l'oriente vers un médecin pour la prescription d'une rééducation périnéale prénatale* ».

Les deux premières questions s'intéressent au dépistage des troubles périnéaux pendant la grossesse : « Dans quelle(s) circonstance(s) ? » et « À partir de quel terme ? »

Les quatrième, cinquième et sixième questions abordent le dépistage clinique des troubles périnéaux (testing périnéal), l'éducation de la patiente par conseils oraux et l'enseignement de l'autorééducation. Ces questions visent à déterminer dans quel(s) cas ces pratiques sont proposées (systématiquement et/ou si présence d'au moins un facteur de risque et/ou si présence de trouble périnéal).

Les facteurs de risque d'IU de grossesse donnés par les SF (troisième question) ont été classés selon cinq catégories : facteurs de risque généraux, obstétricaux, mauvaises habitudes de vie, facteurs de risque liés à la grossesse et la catégorie « autre ».

Dans la catégorie des facteurs de risque généraux, les plus cités sont le surpoids (17 fois), l'âge (trois fois), l'antécédent d'IU (cinq fois), le terrain familial (deux fois) et la chirurgie du petit bassin (deux fois).

Pour les facteurs de risque obstétricaux, les facteurs cités sont la multiparité (25 fois), l'extraction instrumentale (12 fois), l'antécédent de macrosomie (quatre fois), la gémellité (deux fois) et la longue durée du travail (deux fois).

Concernant les facteurs favorisant dus à de mauvaises habitudes de vie, ceux cités sont : l'activité physique trop intensive (13 fois), la constipation chronique (neuf fois), la toux chronique (cinq fois), les troubles posturo-respiratoires (six fois), le port de charges lourdes (six fois) et les Pressions Thoraco-Abdominales à l'Effort (PTAE) (sept fois).

Dans la catégorie des facteurs de risque liés à la grossesse, les facteurs cités sont : la macrosomie (cinq fois), la prise de poids (trois fois) et l'imprégnation hormonale (deux fois).

Dans la catégorie « autre », les facteurs cités sont : l'absence de rééducation suite aux grossesses précédentes (cinq fois), le défaut d'information et d'éducation (neuf fois), la pression psychique et le manque de confiance en soi.

Les analyses statistiques montrent que le fait d'exercer en PMI influence de manière positive le fait de dépister les troubles périnéaux à l'occasion des EPI ainsi que le fait de donner des conseils oraux si présence d'au moins un facteur de risque.

Les analyses montrent également qu'il existe un rapport significatif entre le fait d'être hospitalière et le fait d'avoir répondu de manière considérable aux facteurs de risque/favorisant obstétricaux.

3. Troisième partie : Les questions générales autour du périnée

Ces questions concernent toutes les SF. Les questions sont nommées de A à F. Les questions A,B et D sont à choix multiples, les autres sont à choix unique. La question A concerne la SDN, elle est traitée isolément des autres.

Pour rappel, il faut tenir compte du fait que cinq SF ont la double activité hospitalière et libérale. Leurs réponses peuvent être comptées double si l'on additionne les réponses de chaque structure par rapport aux réponses de l'échantillon total. L'écart peut atteindre cinq.

3.1. Le per partum

Cette question propose différentes pratiques réalisables pendant l'accouchement (détaillées ci-après) et également l'item : « je ne travaille pas en Salle de Naissance (SDN) ».

Cet item sera traité dans le « tableau VIII - Les SF déclarant ne pas travailler en SDN » dans le but d'exclure ces professionnels de l'échantillon attendu et ainsi permettre le traitement des données de la suite de la question « tableau IX – Les pratiques en SDN »

3.1.1. Les sages-femmes déclarant ne pas travailler en SDN

	Population totale n = 102	Cabinet n = 58	Hôpital n = 39	PMI n = 10
A) En per-partum				
Déclarent ne pas travailler en SDN	54	41	4	10
Déclarent travailler en SDN	48	17	35	0

Tableau VIII : Les SF déclarant ne pas travailler en SDN

Par déduction ce tableau nous indique que 48 SF se sont senties concernées par la question alors que seules 32 SF travaillent réellement en SDN (la partie suivante du mémoire nous permettra de discuter de cette discordance).

Les SF territoriales ayant toutes affirmé ne pas travailler en SDN, ne figureront pas dans le tableau suivant.

3.1.2. Les pratiques en SDN

	Echantillon total n = 48 (%)	Cabinet n = 17 (%)	Hôpital n = 35 (%)
A) En per-partum			
Expiration freinée	43 (89,6)	13 (76,5)	33 (94,3)
Compressees chaudes	12 (25,0)	8 (47,1)	7 (20,0)
Expression abdominale	3 (6,3)	1 (5,9)	2 (5,7)
Etirement du périnée	15 (31,3)	3 (17,6)	12 (34,3)
Je ne me sens pas concernée	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (2,9)

Tableau IX : Les pratiques en SDN

Les pratiques en SDN qui ont été proposées aux SF de l'étude sont :

- ◆ La technique d'efforts expulsifs en expiration freinée ;
- ◆ L'application de compressees humides chaudes au niveau sur le périnée lors de la seconde phase du travail pendant les contractions utérines ;
- ◆ La pratique d'une expression abdominale lors de l'expulsion ;
- ◆ L'aide manuelle à l'étirement du périnée lorsque la présentation descend.

3.2. Questions diverses

Population totale	
n = 102 (%)	
B) Lors du suivi prénatal	
Massage périnéal	71 (69,6)
Explication expiration freinée	73 (71,6)
Je ne sensibilise pas	9 (8,8)
Autre	13 (12,7)
C) Episiotomie	
Augmente	45 (44,1)
Protège	16 (15,7)
Aucun effet	31 (30,4)
Ne sait pas	10 (9,8)
D) Conseils rééducation post-natale	
CPN	93 (91,2)
SDC	82 (80,4)
CPN+SDC	76 (92,7)
Consultations post-natales	82 (80,4)
Rééducation périnéale	62 (60,8)
CPN + SDC + consultations post-natales + rééducation	46 (45,1)
E) Nouvelles recommandations	
Oui	24 (23,5)
Non	78 (76,5)
F) La rééducation post natale est à proposer	
A toutes les accouchées	99 (97,1)
Seulement si troubles à 3 mois du post partum	3 (2,9)

Tableau X : Les questions diverses

Concernant le suivi prénatal (question B), certaines SF ont cité d'autres pratiques de préparation à l'accouchement notamment :

- ◆ Le travail sur les postures pendant les différentes phases de l'accouchement (cité 6 fois) ;
- ◆ La fausse inspiration (citée 1 fois) et les conseils de protection périnéale (cités 2 fois) ;

- ◆ La prise de conscience périnéale (citée 3 fois) ;
- ◆ L'application de compresses chaudes pendant l'expulsion (citée 1 fois) ;
- ◆ L'auto-examen/autorééducation (cité 2 fois) ;
- ◆ La sophrologie, la méditation, le yoga, l'utilisation du son pour la poussée (cités chacun une fois).

La question C interroge sur les répercussions périnéales de l'épisiotomie après l'accouchement.

La question D s'interroge sur le/les moments de la maternité choisis par les SF pour informer les patientes de la rééducation périnéale.

Les questions E et F concernent la rééducation périnéale du post-partum.

Discussion

1. La réponse aux objectifs de l'étude

1.1. Quelle place est attribuée à la prévention des troubles périnéaux dans le suivi prénatal des femmes ?

D'après le guide périnée 2014 du Collège National des Sages-femmes : « *Dans le domaine de la rééducation périnéale, il est important de proposer une prise en charge éducative et préventive à toutes les femmes en amont de la grossesse (CPN, PNP) et dans le cadre de suivi gynécologique de prévention* » [2].

Selon le Professeur Marès, gynécologue-obstétricien spécialiste en urodynamique : « *Le diagnostic de trouble périnéal pendant la grossesse est essentiel. Toute consultation d'obstétrique, et plus particulièrement chez une patiente à risque, devrait comprendre un interrogatoire à la recherche des troubles périnéaux* » [8].

Selon Anne Battut, sage-femme libérale auteure de l'ouvrage « 105 fiches pour le suivi post natal : « *...la prévention primaire basée sur l'éducation périnéale reste une action en matière de santé publique de première intention, accessible à toutes les femmes si l'on s'appuie en particulier sur l'entretien précoce prénatal, la consultation prénatale et la préparation à la naissance et à la parentalité. Ces moyens sont à considérer pleinement, puisqu'ils sont déjà mis en place et donc n'ont aucun impact sur le plan économique* » [6].

Les auteurs accordent une importance toute particulière à cette stratégie préventive anténatale, aussi bien à travers le dépistage des facteurs de risque et des troubles, l'éducation et la prise en charge des troubles dès la grossesse [8] [6] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15].

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le pourcentage des SF du Var qui déclarent prévenir. Ces SF sont au nombre de 74 SF sur les 102 interrogées soit 72,5% (tableau V).

L'étude est descriptive et basée sur du déclaratif, elle ne permet pas de prouver si cette prévention est réellement réalisée. Que cette stratégie préventive soit réellement réalisée ou pas, elle semble avoir toute son importance au sein du suivi prénatal des femmes, pour les trois quarts des professionnels interrogés (*tableau V*). Ces données sont en accord avec celles de la littérature : il incombe à la SF de prévenir les femmes des troubles périnéaux, dès la période anténatale. Bien que cette prévalence soit très satisfaisante, il sera indispensable au fil de cette discussion de décrire la manière dont elles préviennent. Leur définition de la prévention est-elle en accord avec celle décrite par les auteurs ?

1.2. Quels sont les facteurs pouvant influencer la prévention ?

Le premier objectif secondaire de ce mémoire est de déterminer les facteurs qui influencent la prévention.

1.2.1. Le secteur d'exercice

Le secteur libéral est de manière significative, le milieu au sein duquel les SF déclarent le plus prévenir : 81,0 % des libérales déclarent prévenir (*tableau V*). On se demande alors si le fait d'être les plus formées et/ou de pratiquer de manière considérable la rééducation du périnée permettent aux libérales d'être celles qui préviennent le plus. Les analyses statistiques montrent que pour les libérales, ni le fait d'être formée, ni celui de rééduquer les femmes, ne sont des facteurs prédictifs d'une meilleure prévention (*Tc n°1*).

Cet atout semble s'expliquer par les conditions mêmes de l'exercice libéral, à savoir une liberté d'organisation sans égal. Peut-être que l'indépendance logistique de ces SF leur permettent d'organiser la durée des consultations, de manière plus flexible que dans les autres secteurs. Ainsi, elles peuvent adapter individuellement la manière de prévenir, en fonction des attentes et des besoins de chaque femme.

1.2.2. La formation complémentaire

Au sein de notre population, 54,9 % se sont formées dans le domaine du périnée et de la rééducation périnéale (*tableau V*). Les plus formées sont les libérales : 41 sur 58 se sont formées soit 70,7%. Elles représentent également 73,2 % de la population générale formée (*tableau V*). Les moins formées sont les hospitalières (30,8%) (*tableau V*). Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'aucune vacation dédiée à la rééducation périnéale n'ait été ouverte dans les hôpitaux varois, tandis que la majorité des libérales varoises exercent la rééducation périnéale dans leur cabinet (*tableau III*).

Les formations complémentaires dans le domaine de la rééducation périnéale ont connu un essor dès les années 1985. L'hypothèse de départ selon laquelle le fait de s'être formée influence de manière positive le fait de prévenir, est confirmée par les tests statistiques en faveur de celles qui se sont formées (*Tc n°2*). Parmi les formées, 87,5 % préviennent, contre 54,3 % pour les non formées (*Tc n°2*).

La Connaissance et Maîtrise du Périnée, la réhabilitation uro-gynécologique et le diplôme universitaire en pelvi-périnéologie sont trois grandes formations complémentaires en rééducation périnéale dont certaines SF varoises ont pu bénéficier^{4 5}. Ce sont des formations très globales qui permettent de rééduquer les femmes de tout âge, à toutes les étapes de leur vie. Aucun « focus » n'est réalisé sur l'intérêt de démarrer la prévention en amont de l'accouchement. Il aurait été intéressant de faire préciser aux SF si la formation reçue leur a permis d'enseigner une rééducation qui couvre toute la vie de la femme (période prénatale, seulement postnatale, post-opératoire, etc). Ceci aurait permis de répondre à une question qui reste en suspens : Est-ce le contenu de leurs formations complémentaires qui a permis aux SF formées d'être les plus aguéries au sujet de la prévention anténatale ou est-ce leur sensibilisation personnelle qui ont engendré cette prise de conscience ?

⁴ La réhabilitation uro-gynécologique – formation en rééducation périnéale destinée aux SF – Globalis Formation

⁵ La Connaissance et Maîtrise du Périnée - formation en rééducation périnéale destinée aux SF – Institut Naissance & Formation du Gard (30)

1.2.3. L'année d'obtention du diplôme

Le premier texte législatif autorisant à pratiquer « la rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement » est le décret n°91-779 du 8 août 1991 [16]. En réalité, les SF n'ont réellement commencé à pratiquer la rééducation périnéale postnatale qu'en 1996 [17].

La rééducation périnéale postnatale comprend une dimension thérapeutique accompagnée d'une démarche préventive indissociable. Il est fortement conseillé que cette prévention postnatale soit en continuité d'une stratégie préventive débutée en anténatal.

Selon notre hypothèse initiale, cette étendue des compétences vers la fin des années 90 aurait engendré une recrudescence de la prévention postnatale et prénatale. Les SF diplômées au moment de l'arrivée de la rééducation périnéale auraient bénéficié d'une formation et d'une ouverture d'esprit, leur permettant d'inclure, de compléter ou de parfaire leur manière afin de prévenir les troubles périnéaux chez les femmes de tout âge.

Notre hypothèse est réfutée, les analyses statistiques montrent que l'année d'obtention du diplôme n'influence pas la prévention. En effet, les SF diplômées après 1996 ne préviennent pas plus que les autres (*Tc n°2*). Cependant, avant ou après 1996, les taux de prévention restent aux alentours de 70 %, ce qui est très satisfaisant (*Tc n°2*).

De plus, cette nouvelle compétence ne semble pas avoir motivé les SF à se former (*Tc n°3*). Les taux de formation avant et après 1996 restent constants aux alentours de 55 % (*Tc n°3*).

De la même manière, leur satisfaction face à une formation initiale dans les écoles n'a pas augmenté (*Tc n°4*). Les taux de satisfaction de la formation initiale avant et après 1996 restent faibles aux alentours de 12 % (*Tc n°4*).

Il semble que l'arrivée de la rééducation dans les compétences des SF n'ait pas bouleversé leur manière d'exercer et de penser. Selon elles, la formation initiale dans les écoles ne s'est jamais adaptée à l'acquisition de cette nouvelle compétence.

1.2.4. L'exercice de la rééducation périnéale

Dans le cadre de cette étude, il semblait cohérent que les 45,1 % de SF pratiquant la rééducation périnéale soient plus sensibilisées à la prévention pré et postnatale que les autres (*tableau III*). Et cela d'autant plus que la rééducation périnéale au sens large comprend la rééducation périnéale prénatale.

Les analyses statistiques réfutent notre hypothèse et montrent le contraire : les SF ne pratiquant pas la rééducation périnéale ont plus tendance à prévenir que celles qui la pratiquent (*Tc n°2*). Parmi les SF ne pratiquant pas la rééducation, 87,5 % préviennent en anténatal contre 54,3 % pour celles qui la pratiquent (*Tc n°2*).

Plusieurs interprétations sont possibles. Tout d'abord, Il est possible que les SF réalisant la rééducation postnatale ne suivent que très peu de patientes en anténatal. Ceci pourrait expliquer qu'elles soient peu nombreuses à prévenir les patientes en anténatal par rapport à celles qui ne pratiquent pas de rééducation postnatale. Cette hypothèse est réfutée puisque les SF pratiquant la rééducation du périnée assurent de manière considérable une ou des activités anténatales (*tableau IV*).

La deuxième hypothèse est que l'activité en rééducation postnatale étant trop dense pour celles qui en font une activité principale, la notion de prévention prénatale s'efface au profil de la prise en charge postnatale. De plus, la rééducation prénatale ne semble pas suffisamment considérée et intégrée dans les pratiques, pour faire changer le sens de la tendance.

1.2.5. La formation initiale

Concernant la formation initiale, seulement 12,7 % répondent qu'elle leur a été suffisante pour prévenir et rééduquer les femmes (*tableau V*).

Notre hypothèse selon laquelle les SF non satisfaites de la formation initiale ont tendance à moins prévenir que les autres est réfutée. Selon les analyses statistiques, ce facteur isolé n'a pas d'influence négative sur la prévention (*Tc n°2*).

De la même manière, les analyses statistiques montrent que le fait de ne pas avoir eu de formation initiale suffisante n'a aucun impact sur la volonté de compléter ses connaissances par une formation (*Tc n°3*).

La non-satisfaction des SF face à la formation dans les écoles n'est pas un frein pour leur exercice.

1.2.6. Le périnée évoqué en anténatal

Le périnée est très abordé en anténatal : 92,2 % des SF ont répondu positivement à la question (*tableau V*).

Selon notre hypothèse, le fait d'évoquer le périnée semblait être un moyen efficace pour introduire la prévention des troubles périnéaux dans la prise en charge de la patiente. En effet, les analyses statistiques ont révélé que le fait de parler du périnée aux patientes pendant leur grossesse influe de manière positive le fait de prévenir (*Tc n°2*). Parmi celles qui abordent le périnée, 77,7 % font de la prévention prénatale périnéale contre 12,5 % pour celles qui n'abordent pas le périnée (*Tc n°2*).

L'année de formation et la non-satisfaction des SF concernant la formation initiale ne semblent pas avoir de répercussions sur la prévention. A contrario, la pratique de la rééducation semble être délétère. Quant à l'exercice libéral, la formation complémentaire et l'abord du périnée, ces éléments semblent être bénéfiques pour la prévention prénatale des troubles périnéaux..

1.3. Comment la prévention prénatale des troubles périnéaux est-elle réalisée ?

Le deuxième objectif secondaire vise à décrire la manière dont les SF préviennent les troubles périnéaux. Les SF interrogées sont celles qui ont déclaré prévenir. Leur définition de la prévention prénatale des troubles périnéaux est-elle en adéquation avec celle proposée par la littérature ?

Selon la littérature, cette prévention se divise en plusieurs volets [2] [8] [14] [6] [10] [13] [18] :

- ◆ Le dépistage par l'interrogatoire et par l'examen clinique à la recherche des troubles, des facteurs de risque et des facteurs favorisants ;
- ◆ L'information et l'éducation que l'on peut également appeler « éducation périnéale » ;
- ◆ La rééducation périnéale prénatale ou l'autorééducation à but préventif (prévention primaire) ou curatif (prévention secondaire).

1.3.1. Le dépistage anténatal des troubles et des facteurs de risque

1.3.1.1. Les circonstances du dépistage

Le dépistage des troubles périnéaux doit être réalisé tout au long de la vie de la femme afin de proposer une éducation voire une prise en charge le plus précocement possible. L'aveu des troubles peut être difficile pour la patiente et surtout non spontané, il convient au professionnel de verbaliser les différents troubles et d'accompagner la patiente vers des explications (sa survenue, son importance, la gêne occasionnée).

Selon le rapport du professeur Haab au sujet de l'incontinence urinaire (2007), ce dépistage et la sensibilisation qui l'accompagne sont encore insuffisants et devraient être débutés chez les jeunes filles en médecine scolaire, puis continuer au cours du suivi gynécologique de prévention et des consultations de grossesse [18].

Selon Bernadette de Gasquet, ce défaut de prévention prend sa source très tôt dans la vie d'une femme : « *Cette méconnaissance d'un organe central entraîne une mauvaise conduite organisée de nos efforts au quotidien, une mauvaise éducation sportive à l'école, en salle de gym ou en compétition* » [4]. Autrement dit, le dépistage des troubles périnéaux doit faire l'objet d'une évaluation à long terme à travers les différentes étapes de la vie d'une femme [10].

Concernant la prévention prénatale, le dépistage des troubles périnéaux doit se faire le plus tôt possible, dès le premier trimestre, et être renouvelé régulièrement [19]. Bien que l'âge médian de survenue des troubles soit de 30 SA, il est important de dépister les troubles survenus tôt pendant la grossesse ou préexistants [6]. Nous verrons ultérieurement que le trouble périnéal survenant avant ou en cours de la grossesse est un facteur de risque important de voir persister le trouble en post-partum puis à long terme [7] [6]. Malheureusement, le pourcentage des SF de l'étude qui ont choisi le premier trimestre pour commencer le dépistage des troubles périnéaux ne prédomine pas sur les autres trimestres (*tableau VII*). Par ailleurs, les SF formées ne sont pas plus sensibilisées à l'intérêt du dépistage précoce que les autres (*Tc n°5*).

Le dépistage des facteurs de risque et des facteurs favorisants s'inscrit également dans cette priorité de prévention [8] [6] [10]. Il est important de noter le trouble dans le dossier médical afin qu'un suivi périnéal soit mis en place. Ainsi, une prise en charge pourra être proposée à la patiente après décision collégiale entre les différents intervenants de la grossesse [9] [18].

Les CPN, la PNP et l'EPI sont des temps du suivi prénatal qui permettent de dépister les troubles, les facteurs de risque et les facteurs favorisants. Le volet informatif et éducatif de cette prévention, par l'enseignement d'une éducation périnéale, sera plus aisément mis en place au cours de la PNP ou l'EPI. Toute femme ne bénéficiant pas de PNP ou d'EPI, il est nécessaire de proposer cela dès les premières consultations et de poursuivre cette démarche durant le temps du suivi prénatal qui conviendra à la patiente et au professionnel.

Pour les SF de l'étude, chaque temps du suivi prénatal est une occasion particulière pour dépister. Il existe une préférence en faveur de la PNP (*Tableau VII*). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les séances ont une durée supérieure aux consultations et permettent de prendre plus de temps pour introduire le sujet. On observe chez les territoriales, une tendance significative à choisir l'EPI pour dépister les troubles périnéaux (*Tableau VII*). L'EPI n'étant pas une consultation à visée médicale, il semble plus volontiers choisi pour introduire la question du trouble, dans la prise en charge de la patiente. Ceci s'explique également par le fait que les SF territoriales varoises ont recours de manière quasi systématique aux EPI, pour venir en aide à leurs patientes souvent en grande difficulté psycho-sociale.

1.3.1.2. Le dépistage par l'interrogatoire :

Il doit se dérouler dans le calme, face à face, patiente habillée. La thématique abordée peut amener la patiente à se confier sur l'impact du trouble, sur sa vie personnelle, affective et sexuelle. L'impact du trouble n'est pas proportionnel à son degré de sévérité ; selon l'histoire de la femme, sa culture, son rapport au corps et aux autres, le trouble ferait écho de manière différente. Il est donc important de créer un climat de confiance et d'écoute propice à l'échange dans le respect, l'empathie et l'attention.

L'évaluation de cette gêne peut être proposée à l'aide d'un questionnaire, mais la littérature ne recommande pas un test en particulier pendant la grossesse [7]. Le témoignage de la patiente peut suffire à qualifier le trouble.

L'interrogatoire est le même qu'une anamnèse obstétricale classique comportant les questions sur la situation socio-économique et sur l'environnement de la patiente, les antécédents familiaux, personnels (médicaux, gynécologiques, chirurgicaux) et obstétricaux.

Celui-ci doit porter une attention particulière aux facteurs de risque et facteurs favorisants spécifiques aux troubles périnéaux.

◆ Les facteurs de risque d'IU de grossesse⁶

◆ *Les facteurs de risque généraux*

L'âge maternel inférieur à 22 ans ou supérieur à 35 ans (NP1), l'Indice de Masse Corporel supérieur à 25 kg/m² avant la grossesse, l'existence d'une IU avant grossesse ou en cours de grossesse (NP1) sont des facteurs de risque de voir survenir une IU pendant la grossesse ou à trois mois du post-partum (et à long terme pour l'antécédent d'IU) [7] [6] [11] [20].

Aucune étude n'a montré que la réduction pondérale avant la grossesse permette de diminuer le risque d'IU pendant la grossesse ou en post-partum [7].

Concernant les facteurs constitutionnels tels que la mauvaise qualité du collagène ou l'hypermobilité vésicale préexistante à la grossesse, quelques auteurs se sont interrogés sur l'impact de ces éléments sur la survenue des troubles périnéaux pendant la grossesse, mais leur significativité n'a pas été prouvée [6] [11].

Les facteurs de risque généraux dont la significativité a été prouvée par la littérature ne sont pas suffisamment connus par les SF pourtant ce sont des incontournables de l'anamnèse obstétricale (*Tc n°6*).

◆ *Les facteurs de risque obstétricaux*

La plupart des facteurs obstétricaux concernent l'accouchement et peuvent avoir des répercussions sur les suites ; s'ils ont été négligés et peu pris en compte en amont, ces derniers peuvent avoir des répercussions sur les grossesses ultérieures.

⁶ De par la multiplicité des facteurs de risque de troubles périnéaux dans la vie d'une femme et étant donné que ce travail est ciblé sur la période de la grossesse, seuls les facteurs de risque de troubles périnéaux chez les femmes enceintes sont traités dans cette partie.

Il existe un consensus au sujet du surrisque de trouble périnéal des primipares par rapport aux nullipares. En effet, la première grossesse et le premier accouchement augmentent le risque d'IU de la grossesse et du post-partum [7] [6] [11] [19]. En revanche, après un deuxième accouchement, le risque n'est pas augmenté [7]. Il existe également un consensus concernant la grande multiparité (> quatre accouchements), celle-ci augmente de manière significative le risque de développer une IU de grossesse et dans le post-partum (NP2) [7] [6] [11]. Le surrisque de trouble périnéal chez les grandes multipares et primigestes est ignoré par la plupart des SF de l'étude (*Tc n°6*).

Aucune étude n'a pu démontrer l'impact isolé de l'accouchement vaginal eutocique, mais de nombreux mécanismes semblent engendrés des lésions de fibres nerveuses par étirement ou compression des nerfs honteux, ainsi que des lésions irréversibles des fibres musculaires, cutanées et ligamentaires [15] [21].

Selon la revue de la littérature d'Anne Battut [6], les extractions instrumentales (incidence des forceps et de la ventouse), les manœuvres obstétricales, les présentations postérieures et dégagements en occipito-sacré ont une incidence sur le risque de déchirure périnéale simple. Les SF de l'étude pensent à tort que ces éléments sont des facteurs de risque d'IU de grossesse.

Les SF hospitalières (81,8 %) et les SF non formées (88,0 %) ont répondu aux facteurs de risque obstétricaux de manière significative (*tableau VII et Tc n°5*). De la même manière, la multiparité est citée de façon significative par les hospitalières (63,6 %) et par les non formées (60,0 %) (*Tc n°6 et 7*). La question étant ouverte, la réponse donnée par les SF a été la multiparité et non la grande multiparité. Or, le facteur de risque retenu par la littérature est la grande multiparité. La significativité pour les facteurs de risque obstétricaux en faveur des SF hospitalières et des non formées ne peut donc pas être interprétée.

◆ *Les facteurs de risque liés à la grossesse*

L'imprégnation hormonale par la progestérone pendant la grossesse engendre des troubles du transit par ralentissement de l'activité des fibres lisses digestives et donc favorise la constipation chronique. Bien qu'aucune étude n'ait prouvé l'impact de la constipation chronique sur l'IU, celle-ci engendre l'hyperpression des organes de soutènement du petit bassin lors de la poussée défécatoire et augmente le risque de faiblesse périnéale. Il sera donc important de dépister cette constipation pendant la grossesse afin de la soigner [6] [13].

La prise de poids excessive pendant la grossesse (>17 kg) et la macrosomie (>4 kg) ne sont pas retenues comme facteur de risque d'IU de la grossesse. La macrosomie aurait une incidence isolée sur l'IA [6]. Certaines SF de l'étude ont considéré ces éléments comme de réels facteurs de risque d'IU de grossesse. Il semble y'avoir pour elles un amalgame entre le risque de déchirure périnéale ou d'IA du post-partum et le risque d'IU dans la période périnatale [7].

◆ *Les facteurs de risque liés aux mauvaises habitudes de vie*

Seulement 17,6% des SF considèrent l'activité physique intensive pré-existante à la grossesse, comme facteur de risque d'IU chez les femmes enceintes. Or, il s'agit du seul facteur de risque lié aux mauvaises habitudes de vie, dont la significativité a été prouvée par la littérature [5] [7] [22].

Selon la revue de la littérature de Xavier Deffieux, le port de charges lourdes, le tabagisme, la surconsommation hydrique (thé et café) n'ont pas fait preuve de significativité dans les études et ne sont donc pas des facteurs de risque significatifs d'IU de grossesse [7]. Ces éléments ont été donnés en réponse par les SF de l'étude ainsi que les troubles posturo-respiratoires, le port de charges lourdes, les PTAE. Il s'agit de facteurs favorisants dont il faut optimiser l'éviction, mais ne peuvent être qualifiés de facteur de risque à proprement parlé.

◆ *Les autres facteurs de risque proposés par les SF de l'étude*

A travers leurs réponses, les SF expriment que le manque d'information/d'éducation, et le fait de ne pas avoir suivi de rééducation périnéale suite aux précédentes grossesses, sont des facteurs de risque d'IU de grossesse. Bien qu'aucune étude n'ait pu prouver cela, leur point de vue est plus que compréhensible. Comment rendre une patiente autonome et compliant dans sa vie de femme, si celle-ci n'a jamais bénéficié de prévention, d'information et d'éducation lors de ces précédentes grossesses (ou du moins, s'il y a des défauts de prévention) ?

Paradoxalement, les SF formées et les libérales se démarquent de manière significative dans la méconnaissance des six facteurs de risque d'IU prouvés par les études (*Tc n°6 et 7*). Les formations complémentaires suivies par les SF varoises ne semblent pas apporter de bénéfice en matière de connaissance en facteurs de risque.

A contrario, les SF qui ont été les plus nombreuses à trouver au moins deux facteurs de risque sur les six, sont les non formées (*Tc n°7*). Cependant, la multiparité simple n'étant pas retenue comme facteur de risque stricto sensu d'IU de grossesse, cette donnée ne peut pas être interprétée.

De par les nombreux facteurs favorisants et facteurs de risque proposés par les professionnels de l'étude, l'importance accordée à la prévention des troubles périnéaux est une fois de plus exprimée. La connaissance des SF en matière de facteurs favorisants est très bonne, en revanche les facteurs de risque d'IU de grossesse ne sont pas suffisamment connus. Or, le suivi des patientes à risque doit susciter une attention particulière pour permettre d'optimiser leur prise en charge.

1.3.1.3. Le dépistage par l'examen clinique :

L'examen clinique débute par un examen général et l'évaluation de la statique globale (par un bilan postural visuel dans différentes positions). Nous verrons plus tard qu'il est également important d'observer la manière dont respire la patiente⁷.

Il se poursuit ensuite, à vessie pleine si possible, et comprend l'observation du périnée, le test à la toux par examen au spéculum (si doute avec les leucorrhées ou une fissuration des membranes), la recherche d'une hypermobilité cervico-urétrale et le testing des releveurs. Le testing des releveurs permet le diagnostic des troubles périnéaux et des inversions de commande et ouvre la possibilité d'une prise de conscience de la contraction périnéale [2] [19].

Dans le cas particulier du prolapsus, les troubles périnéaux ne sont recherchés qu'après refoulement de ce dernier [13].

Bien que le testing périnéal pendant la grossesse ne soit pas recommandé, il fait partie intégrante de la prévention prénatale des troubles périnéaux. Il est fortement conseillé de le réaliser de façon systématique, à l'occasion du premier toucher vaginal, dès le début de la grossesse. Ceci permettra de dépister une hypermobilité urétrale, une inversion de commande, une inconscience périnéale, des PTAE etc. L'éducation de la femme sera alors faite en conséquence. Ce testing permet de faire un suivi périnéal de la femme pendant la grossesse et le post partum et pourra volontiers continuer au sein des consultations gynécologiques de prévention.

La recherche des troubles périnéaux et des facteurs de risque par l'interrogatoire est un incontournable, mais ne doit être isolée de la clinique. Les SF de l'étude n'incluent pas suffisamment le testing dans leur pratique. Seulement 33,8 % des SF dépistent cliniquement les patientes symptomatiques (*tableau VII*). Ce manquement peut exclure à tort le diagnostic positif d'un trouble, d'une faiblesse périnéale ou d'une inversion de commande. Ce taux d'absence de dépistage clinique pour les femmes symptomatiques doit très certainement entraîner un taux similaire d'absence de prise en charge périnéale.

⁷ Cours intitulé « Mener une consultation en rééducation périnéale » à l'attention des étudiants sages-femmes de Nice en dernière année – Marielle Bourgeois.

1.3.2. L'information et l'éducation

1.3.2.1. L'éducation périnéale

◆ Les objectifs

Cette éducation est plus volontiers réalisable durant les séances de préparation à l'accouchement et comporte des notions d'anatomie et de physiologie du périnée avec des explications dédiées à la grossesse et l'accouchement. Elle permet à la patiente d'accéder à une prise de conscience périnéale dont le but principal est l'intégration du verrouillage abdominal à l'effort dans les situations d'hyperpression abdominale. Bien que « l'effet sur le périnée d'une préparation à l'accouchement reste à évaluer », cet apprentissage est utile à la femme pour toute sa vie [23]. Elle lui permet d'apprendre à épargner son périnée au quotidien en luttant contre les éléments qui lui sont néfastes.

À travers cette éducation, le professionnel explique à la patiente quelles sont les mauvaises habitudes qui ont été dépistées par l'interrogatoire et lui propose des solutions pour évincer les facteurs favorisants. L'éducation mictionnelle, défécatoire, alimentaire et à l'éducation physique font partie d'une rééducation dite comportementale et peuvent également être enseignées à l'occasion de la PNP [2] [4].

◆ Les conseils oraux dispensés pendant la grossesse

(verrouillage abdominal à l'effort, correction de la posture et des mauvaises habitudes de vie...)

L'éducation périnéale des femmes est enseignée par 97,3 % des SF déclarant prévenir (*tableau VII*). Ce taux est excellent mais ces conseils oraux devraient être dispensés de manière systématique. Seulement moins d'une sage femme sur deux affirme éduquer toutes les patientes enceintes (*tableau VII*). Ce taux est curieusement supérieur au taux des SF éduquant les femmes symptomatiques (*tableau VII*). Cette réticence à éduquer les patientes atteintes de trouble peut s'expliquer par le fait que la prévention primaire semble dépassée puisque le trouble est déjà présent.

Concernant les patientes présentant des facteurs de risque de trouble périnéal, près d'un tiers des SF ayant déclaré prévenir les éduquent (*tableau VII*). Compte tenu des nombreux facteurs de risque cités par l'ensemble des SF, cela reste encourageant et signifie que de nombreuses patientes sont interceptées et conseillées.

◆ La préparation à l'accouchement

Concernant l'accouchement, plusieurs manières de préparer le périnée existent. Plus des neuf dixièmes de notre échantillon se sentent concernées par ces pratiques (*tableau X*).

A travers leurs réponses, l'intérêt particulier que porte les SF à la santé périnéale des femmes enceintes est une fois de plus exprimé. En effet, plus de dix techniques ont été proposées par les SF lors de l'enquête, dans le but de préparer le périnée à l'accouchement : le travail postural, l'application de compresses chaudes au moment de l'expulsion, la sophrologie, la méditation.

Soixante neuf pourcent (69,6 %) des SF interrogées enseignent à leurs patientes le massage périnéal du troisième trimestre (*tableau X*). Cette technique ne permet pas de réduire le taux d'épisiotomie et aucune étude n'a permis de démontrer ses effets sur la survenue ou la persistance d'une incontinence urinaire à trois mois du post-partum [7] [23]. Elle est cependant bénéfique puisqu'elle permet à la patiente de découvrir son corps et d'assouplir les tissus en amont de l'accouchement.

Quant à la poussée en expiration freinée, 71,6 % des SF l'expliquent aux femmes à l'occasion de la PNP (*tableau IX*). Ses bienfaits seront détaillés dans la partie « prévention périnatale ». Nous verrons également que cet enseignement ne peut être dissocié d'un travail postural. Les SF formées et celles qui ont déclaré prévenir sont les plus nombreuses à enseigner la poussée en expiration freinée et le massage périnéal en anténatal (*Tc n°10 et n°11*).

1.3.2.2. La proposition d'une autorééducation

À l'occasion de cette éducation périnéale, la proposition d'une auto-rééducation (réalisation d'exercices de renforcement musculaire périnéal à faire à la maison) est tout à fait indiquée [6] [10] [19]. Plusieurs conditions doivent être requises au préalable.

Tout d'abord, le professionnel doit avoir dépisté une potentielle inversion de commande chez la patiente. En effet, si la patiente n'a pas bien compris comment contracter son périnée et majore les PTAE en poussant vers le bas, ce programme risquera d'augmenter la survenue de troubles au lieu de la prévenir : « le diaphragme est la clef de voûte de la protection ou de la destruction périnéale » [4]. Une éducation périnéale solide doit obligatoirement être proposée à la patiente en amont d'une rééducation périnéale ou d'une auto-rééducation [2] [4].

Il est impératif d'enseigner à la patiente la respiration abdominale : « *c'est la respiration qui détermine non seulement la pression, mais la direction des forces* » [4]. Ainsi à l'inspiration, le ventre se détend et à l'expiration, le ventre se sert, le diaphragme remonte un peu refoulé en arrière par les abdominaux et le diaphragme pelvien se tend et remonte doucement, à son tour. La protection périnéale de verrouillage à l'effort prend tout son sens à travers l'apprentissage de la respiration abdominale. Ainsi, pour tout changement de position et pour tout effort quotidien, la patiente pourra utiliser cet enchaînement afin de préserver son périnée. Comme le cite Bernadette de Gasquet dans ses explications à propos de l'approche posturo-respiratoire, tout acte de la vie quotidienne nécessite : « *Une position juste, pour une respiration juste* » [4].

Selon Anne Battut, cette auto-rééducation peut être proposée aux patientes dès le début de la grossesse [6]. Elle comprend des contractions périnéales de cinq à six secondes par jour jusqu'à 20 fois par jour. Les objectifs de ce programme sont d'augmenter la puissance et l'endurance musculaire ainsi que l'intégration du verrouillage périnéal à l'effort. Ce programme permettrait chez une patiente asymptomatique, d'éviter la survenue de troubles urinaires de 37 SA et jusqu'à six mois après l'accouchement.

Seulement 5,4 % de la population interrogée proposent l'auto-rééducation à toutes les patientes. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'à ce jour, peu d'études ont prouvé l'efficacité d'un programme de renforcement musculaire dans un but strictement préventif. Cependant, les SF semblent prêtes à accorder une réelle place à cette pratique pour les patientes symptomatiques. En effet, 41,9 % le proposent aux patientes souffrantes de troubles (*tableau VII*).

Comme détaillé précédemment, l'auto-rééducation ne peut être proposée sans l'apprentissage de certains principes de base tels que la réduction des PTAE par le verrouillage des transverses à l'effort. Nos résultats montrent une incohérence dans la pratique puisque les SF qui proposent l'auto-rééducation aux patientes atteintes de troubles sont plus nombreuses que celles qui dispensent les conseils oraux à ces mêmes patientes (*tableau VII*).

1.3.2.3. Les informations sur la rééducation périnéale postnatale

Concernant la rééducation postnatale, l'information doit être donnée dès la période anténatale. Il est important d'expliquer aux femmes l'intérêt de cette rééducation, d'autant plus pour les patientes à risque. Le séjour en suites de couche permet de refaire le point sur la situation périnéale de la patiente, sur son niveau d'éducation et enfin, de rappeler l'intérêt de se faire éduquer et rééduquer en post-partum.

La consultation postnatale est le temps nécessaire pour débrieffer avec la patiente de sa situation depuis la sortie de la maternité. L'évaluation périnéale fait partie des éléments à contrôler par l'interrogatoire et l'examen clinique [24]. Cette évaluation est similaire à celle qui doit être effectuée tout au long du suivi gynécologique de la femme et lors du suivi prénatal. Ce temps permettra de corriger d'éventuels oublis de prescription de rééducation ou les défauts d'éducation.

Au sein de notre population, les résultats sont très satisfaisants et relèvent d'une prise de conscience positive. À mesure que l'on s'éloigne du temps de la grossesse et qu'on se rapproche du début des séances de rééducation, les pourcentages de SF informant les patientes de l'intérêt d'une rééducation périnéale s'infléchissent (*tableau X*). Selon les SF de l'étude, il semble que les informations concernant la rééducation postnatale doivent être données précocement pour optimiser la sensibilisation des femmes et favoriser leur compliance. Informer la patiente de l'intérêt d'une rééducation périnéale du post-partum est un impératif pour nos SF varoises.

1.3.3. La prise en charge périnéale pendant la grossesse : la rééducation périnéale prénatale

« La rééducation périnéo-sphinctérienne est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et post natale (grade A) » [20]. La rééducation périnéale fait partie de la prévention primaire lorsque la patiente est asymptomatique, celle-ci n'est pas recommandée pendant la grossesse [20].

Les méthodes autorisées pendant la grossesse sont basées sur la contraction volontaire : travail manuel, biofeedback, eutonie, auto-rééducation. Seules les méthodes d'électrostimulation fonctionnelle et la gymnastique hypopressive sont contre-indiquées pendant la grossesse, par mesure de précaution [2].

En cas d'IU de grossesse, la réalisation d'exams complémentaires n'est pas recommandée [20].

1.3.3.1. *Droit de prescription et d'exercice*

Selon l'article R4127-318 du Code de la santé publique modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, la SF peut réaliser la rééducation uro-gynécologique, peu importe l'âge de la femme, exceptées les nullipares [25]. La SF peut donc superviser la rééducation périnéale pendant la grossesse sauf pour les femmes nullipares.

Ce même article précise que la SF peut prescrire « la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement » dans les 90 jours du post-partum. Les SF ne sont donc pas autorisées à la prescrire pendant la grossesse (exceptées les rares situations de grossesses très rapprochées où la prescription de rééducation prénatale est faite tandis que la patiente se trouve encore dans les 90 jours de post-partum de sa grossesse précédente).

Ainsi, si une indication de rééducation périnéale est posée chez une femme enceinte, la patiente sera orientée vers un médecin pour la prescription de son traitement et pourra revenir vers sa SF pour sa réalisation.

1.3.3.2. *La place de la rééducation périnéale prénatale*

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2002, la rééducation périnéale en prévention des IU à court, moyen et long terme n'a pas fait ses preuves. En revanche, la rééducation périnéale à but thérapeutique qu'elle soit débutée en anté-partum ou en postnatal montre une efficacité en terme de diminution de prévalence de l'IU. [26]

Selon les recommandations du CNGOF de 2009 : « la rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse améliore l'incontinence urinaire de la grossesse (NP1), diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à 3 mois du post-partum (NP1), en revanche, elle ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme (NP2)» [20].

Au sein de la recherche française, l'équipe du Professeur Marès avait mis en place en 2006, un protocole d'étude visant à montrer l'efficacité d'une rééducation périnéale débutée en anténatal. Cette étude n'a pas abouti, car les effectifs n'étaient pas suffisants [8].

En 2008, l'équipe du Professeur Xavier Fritel s'est questionnée sur l'intérêt d'une rééducation prénatale débutée chez des primigestes asymptomatiques à partir du sixième mois de grossesse, en comparaison à de simples conseils écrits [8] [15]. À 12 mois du post-partum, l'étude n'a montré aucune différence significative entre les deux groupes. Selon les auteurs, l'effet préventif n'ayant été prouvé, la rééducation périnéale prénatale ou postnatale doit être proposée qu'en présence de signes cliniques [27].

En 2012, l'équipe du professeur Mørkved a établi une revue de la littérature internationale basée sur 22 essais de la Cochrane data base, soit 8 485 femmes. Le but était de déterminer l'effet préventif et curatif de la rééducation qu'elle soit débutée avant ou pendant la grossesse. Selon la conclusion des auteurs, la rééducation périnéale prénatale chez les nullipares asymptomatiques diminuerait de 30 % le risque de devenir symptomatique en fin de grossesse, jusqu'à six mois du post-partum. En revanche, son intérêt n'a pas été prouvé, ni à plus long terme ni chez les femmes symptomatiques [7] [28] [6] [29].

Les résultats des études sont aujourd'hui contradictoires et n'ont pas permis d'établir de recommandations. Malgré cela et en regard du taux de persistance des IU du post-partum chez les patientes présentant une IU de grossesse et/ou une IU préexistante à la grossesse (et plus particulièrement chez les nulligestes/primipares), la rééducation périnéale prénatale semble tout à fait indiquée pour ces femmes [7] [10] [14] [30].

Seulement un tiers des SF de l'étude décident de prendre en charge les femmes enceintes atteintes de trouble périnéal (*tableau VII*). Comme suggéré précédemment, ce taux se superpose à celui des SF réalisant un testing chez ces mêmes patientes (*tableau VII*). Plus de trois quarts de ces SF reconnaissent la non-innocuité d'une IU survenant dès le début de la grossesse et éduquent les patientes en conséquence en insistant sur l'intérêt d'une rééducation postnatale (*tableau VII*). Qu'il s'agisse de simples conseils oraux (diminution des PTAE, verrouillage abdominal à l'effort, éviction des mauvaises habitudes de vie...) ou bien d'une rééducation prénatale à but thérapeutique, seulement un tiers des SF décident d'assurer le suivi périnéal des femmes enceintes symptomatiques (*tableau VII*).

Une question se pose finalement : les SF savent-elles que la rééducation périnéale peut être réalisée pendant la grossesse ? Le dépistage de ces patientes, leur orientation puis leur prise en charge font partie de leur rôle de prévention et de dépistage.

1.3.4. La prévention prénatale

La prévention prénatale s'étend jusqu'au moment de l'accouchement. L'éducation périnéale décrite précédemment doit également comprendre les explications sur la manière dont l'accouchement peut impacter le périnée. Le professionnel qui accompagne le travail et l'accouchement doit soutenir la parturiente dans le respect de la mécanique obstétricale. Il est indispensable que le dépistage des éléments néfastes pour le périnée soit réalisé précocement pendant le travail.

Selon Anne Battut, la prévention prénatale des troubles périnéaux doit comprendre en salle d'accouchement : le dépistage des facteurs de risque tels que les macrosomies fœtales, des présentations postérieures ainsi que l'accompagnement de l'accouchement physiologique par une approche posturale et en privilégiant la poussée en expiration freinée [6].

D'après les Recommandations pour la Pratique Clinique (2009) du CNGOF, [20] « *Les modalités de l'accouchement vaginal (position pendant l'accouchement, durée du travail, épisiotomie, anesthésie péridurale ou pudendale) n'ont pas d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme (NP2)* ». De plus, la césarienne et l'épisiotomie ne sont pas des méthodes de prévention d'IU même chez les femmes à risque (grade B) [20]. La césarienne permet une moindre prévalence et incidence d'IU à court terme, mais à plus long terme il n'y a pas de données suffisantes pour conclure (NP2) [7].

De nombreuses études ont été réalisées afin de démontrer l'effet protecteur de certaines techniques enseignées aux femmes pour leur permettre d'épargner leur périnée tout en facilitant le travail et l'accouchement. Les réponses de nos professionnels concernant les techniques utilisées en SDN dans le but d'épargner le périnée sont très positives et seulement une SF de l'échantillon ne s'est pas sentie concernée (*Tableau IX*).

1.3.4.1. Limitation de la durée de la deuxième phase de travail

Plusieurs études ont cherché à prouver l'effet néfaste d'une durée de la seconde phase de travail supérieure à 1 heure et demie. La conclusion de ces études affirme que ce n'est pas un facteur de risque de voir persister une IU à trois mois du post-partum. En revanche, l'incidence de l'IA est augmentée [7] [20].

1.3.4.2. L'application de compresses chaudes

Un essai randomisé sur 717 femmes nullipares a démontré que l'application de protections stériles ayant été trempées dans de l'eau chaude (entre 45 et 59°C), puis appliquées sur le périnée au moment de chaque contraction lors de la seconde phase du travail, diminuerait le risque de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré, ainsi que les dyspareunies du post-partum et la survenue d'IU à 3 mois du post-partum (bien que le mécanisme physiopathologique n'ait pu être démontré) [7]. Seulement un quart de ces SF a affirmé utiliser cette technique (*Tableau IX*).

1.3.4.3. L'entraînement aux efforts expulsifs

Deux études ont été réalisées dans le but d'évaluer l'effet d'un entraînement aux efforts de poussée avant la réelle poussée. Aucune différence significative n'a été observée [7] [28].

1.3.4.4. Le travail postural et l'expiration freinée

La poussée en expiration freinée et les positions de « de Gasquet » sont des techniques physiologiques permettant d'ouvrir activement le hiatus urogénital et d'offrir à la présentation fœtale son plus grand diamètre tout en excluant les poussées vers le bas, néfastes pour le périnée [2] [11] [28]. Dans cette étude, neuf SF sur dix proposent la poussée en expiration freinée en salle d'accouchement (*tableau IX*).

Selon Bernadette de Gasquet, la position gynécologique classique associée au « inspirez, bloquez, poussez » est un cocktail anti-physiologique à la fois pour l'expulsion du bébé, mais surtout pour le périnée. Cette manière de poussée favorise la descente du bébé ainsi que l'utérus, la vessie et les intestins sur un périnée fermé. Si l'on cherche à associer l'expiration freinée dans cette position, ce sera un échec : la patiente ne peut expirer correctement étant donné la position de sa nuque et de sa tête [4].

La position gynécologique rend le sacrum immobile, ferme le détroit moyen et le périnée, par l'extériorisation des fémurs. Par le blocage du sacrum, elle rend asymétrique la contraction des muscles du périnée, vrille le bassin en entraînant la poussée vers l'arrière d'un iliaque et pas de l'autre. Ceci peut également luxer le coccyx. Quant à la poussée-bloquée elle rajoute de la poussée vers le bas en arrière, sur les ligaments et le système de suspension [4] [28]. Au niveau périnéal, toutes les forces sont concentrées sur le noyau fibreux central qui est peu extensible et qui va donc résister. Ainsi les pressions vont descendre vers le périnée postérieur qui va s'amplifier de manière aberrante. Le sphincter anal est donc très exposé dans sa partie antérieure (entre l'anus et le vagin) qui ne peut être réparée par la rééducation. Les échographies montrent que pour 43% des accouchées, le sphincter anal a été touché sans qu'il y ait eu de déchirure à la peau [4]. Chez la jeune femme, ces microlésions peuvent engendrer des difficultés à retenir les gaz. Ce trouble peut s'aggraver à l'âge de la ménopause vers une incontinence anale plus grave.

Au moment de l'ampliation du périnée postérieure, essayer de masser le périnée tout en l'étirant est absolument inutile et délétère : « Aucune femme n'aurait envie de rajouter ses doigts en mouvement de pendule à l'entrée du vagin au moment où la tête du bébé arrive sur le périnée. Si on laissait faire les femmes, au contraire, elles mettraient des contre-pressions, les mains en soutien sur le périnée » [4]. Près d'un tiers des SF de l'étude affirment aider à l'étirement du périnée lorsque la présentation descend (*Tableau IX*).

On comprend alors que si la situation materno-fœtale le permet, il est dommage de ne pas laisser place au réflexe expulsif. Pour cela, il ne faut pas s'installer trop tôt pour l'accouchement et optimiser la descente par le positionnement : « il faut toujours veiller à ouvrir la bonne porte, celle devant laquelle l'enfant se trouve, et non la suivante. D'autant plus que si une porte s'ouvre, la précédente se ferme » [4].

De nombreuses études ont été réalisées dans le but de prouver l'effet protecteur de ces techniques. À l'heure actuelle, la recherche n'a pas permis de prouver leur bénéfice sur le bas appareil. Cependant toutes les études s'accordent à dire que la durée d'expulsion et le taux d'épisiotomie semblent diminuer et surtout que le confort de la patiente est largement satisfait [28]. Ces études ont également permis de prouver l'innocuité de ces techniques sur la santé maternelle et sur le bien-être fœtal [6] [28]. Ainsi, lorsque la situation materno-fœtale le permet, les professionnels de l'accouchement sont fortement encouragés à respecter la liberté de choix des patientes (manière de poussée, positions, etc.) [4] [6] [11] [28].

1.3.4.5. L'expression abdominale

L'expression abdominale a une incidence sur les déchirures du périnée postérieur et sur les déchirures du 3^{ème} degré [6]. Selon Bernadette de Gasquet, elle est responsable de descente d'organes et donc d'incontinence [4]. Selon la Haute Autorité de Santé, elle entraîne une augmentation du risque de déchirure du sphincter anal (fois 4,6) et du risque de déchirure périnéale du 3^{ème} degré [23].

C'est donc une technique néfaste dont l'utilisation doit être limitée à l'urgence obstétricale. Près de 6,3 % des SF de l'étude affirment la pratiquer (*tableau IX*). Bien que ce pourcentage ne soit pas excessivement élevé et ne reflète pas la réalité, il reste non négligeable et doit diminuer dans la mesure du possible.

1.3.4.6. L'épisiotomie et les extractions instrumentales

Plusieurs études ont démontré que l'épisiotomie en systématique ne diminue pas le risque d'IU du post-partum et que son intérêt est nul [7] [6] [20].

Selon les RPC sur l'épisiotomie du CNGOF 2005 : « La pratique libérale de l'épisiotomie ne permet pas de prévenir les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré (grade A), la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (grade A) ou par urgencies (grade B), la survenue d'une incontinence fécale (grade B) ».

Ces connaissances ne sont acquises que pour 30,4 % des SF de l'enquête, tandis que 44,1 % pensent que l'épisiotomie accentue le risque d'IU du post-partum et 15,7 % pensent que son effet est protecteur. (*Tableau X*).

L'extraction instrumentale par forceps augmente le risque de survenue d'IU de post-partum précoce et tardif jusqu'à la première année du post-partum. L'accouchement instrumentalisé par ventouse semble également augmenter le risque, mais à moindre mesure [11].

1.4. Quels sont les freins à la prévention ?

Le troisième objectif secondaire de l'étude est de comprendre les motifs qui expliquent l'absence de prévention.

Plus d'un quart de la population totale déclare ne pas prévenir les femmes enceintes des troubles périnéaux (*Tableau V*) .

Plus de la moitié des SF évoque le manque de formation. Ceci est en adéquation avec la partie précédente selon laquelle 87,3% des SF estiment que la formation initiale n'est pas suffisante à l'exercice du métier dans le domaine de la prévention périnéale (*tableau V*).

Pour finir, 42,9 % des SF non prévenantes avouent ne pas penser à prévenir (soit 11,8 % de la population totale) et seulement trois SF varoises estiment que la prévention périnéale n'est pas indispensable (*tableau VI*).

Ces constats sont rassurants et confirment la réponse à notre objectif principal, ce sujet a un intérêt non négligeable pour la majorité des SF interrogées. Il semblait évident que les motifs d'absence de prévention dépendaient du secteur d'activité. Cette hypothèse est réfutée, car les analyses statistiques ne montrent aucun rapport entre le secteur d'exercice et chacun des motifs (*tableau VI et figure 2*). Le secteur d'exercice n'influe pas non plus le classement des motifs selon leur fréquence (*figure 2*).

1.5. L'avis des sages-femmes concernant la rééducation du post-partum

Le dernier objectif secondaire vise à connaître l'opinion des SF au sujet de la rééducation postnatale systématique.

La majorité des SF varoises ne vont pas dans le sens des recommandations de la Haute Autorité de Santé et du CNGOF qui restreignent la prescription de la rééducation postnatale, seulement aux femmes symptomatiques à 3 mois du post-partum (*tableau X*). Effectivement, seulement trois SF ne proposent la rééducation postnatale qu'aux patientes souffrant de troubles périnéaux à trois mois du post-partum (*tableau X*). Les nouvelles recommandations concernant la rééducation périnéale postnatale sont connues seulement par 23,5 % des SF (*tableau X*).

2. Les limites de l'étude

Bien que quelques-uns de nos résultats soient significatifs, il est important de discuter des biais de notre étude.

Tout d'abord, les effectifs étant faibles, parfois inférieurs à 5, ils ne sont pas extrapolables à la population générale.

Ensuite, les données recueillies sont basées sur du déclaratif et peuvent parfois faire appel aux souvenirs.

Pour terminer, certaines questions de l'enquête ont manqué de clarté et de précision et ont ainsi rendu difficile leur analyse :

- ◆ Au début de la deuxième partie du questionnaire intitulée « Lors du suivi prénatal », il aurait été intéressant de demander explicitement aux SF si la question du trouble périnéal fait partie de leur anamnèse obstétricale. Cela aurait permis de resserrer l'étape de la prévention. En effet, l'étape fondamentale de la prévention des troubles périnéaux est avant tout, de dépister le ou les troubles. De plus, avant de s'avancer sur les circonstances de dépistage, il aurait fallu demander si le trouble est notifié dans le Dossier obstétrical.
- ◆ La manière dont la question ouverte sur les facteurs de risque d'incontinence de grossesse a été posée a rendu son analyse complexe. Il aurait été préférable de demander aux SF de citer les six facteurs de risque qui selon elles, ont le plus de répercussions sur la survenue de trouble urinaire.
- ◆ La discussion met l'accent sur le fait que les SF ne prennent pas suffisamment d'initiatives à l'égard des patientes souffrant de trouble périnéal pendant la grossesse. Reste à savoir si les SF ont conscience qu'il est possible de rééduquer une patiente pendant la grossesse. Il aurait été bienvenu d'évaluer leur connaissance à ce sujet.

- ◆ Les réponses à la question des pratiques en SDN ont interpellé des SF qui ne travaillent pas ou plus en SDN. La question a été mal comprise, sa tournure aurait dû exclure la possibilité de faire appel aux souvenirs. 48 SF se sont senties concernées par cette question alors que seulement 32 ont déclaré travailler en SDN (*tableau VIII et tableau III*). Cette différence d'effectifs est d'autant plus marquante pour les libérales : 17 libérales ont répondu à la question tandis que seulement cinq SF ont déclaré travailler à l'hôpital et faire des gardes au bloc obstétrical. Pour les hospitalières, 32 se sont senties concernées par la question alors que 29 ont déclaré travailler en SDN (*Tableau VIII et Tableau III*).
- ◆ Au sujet de la technique de l'expiration freinée (qu'elle soit enseignée en anténatal ou proposée lors de l'accouchement), il aurait été bénéfique de savoir si un travail postural est proposé à la patiente, en association à cette technique de poussée.
- ◆ Au sujet des recommandations du CNGOF, la question aurait dû faire apparaître le résumé de ce texte. En effet, ces recommandations n'étant que le prolongement d'anciennes recommandations, peut-être que les SF qui ont connaissance de cela sont plus nombreuses que celles relevées par cette étude.

Conclusion

Plus du trois quarts de la population interrogée ont déclaré faire de la prévention prénatale des troubles périnéaux, ces professionnels nous expriment à maintes reprises l'importance qu'ils accordent à cette stratégie préventive. Cependant, la littérature nous propose une définition de cette prévention qui n'est pas totalement respectée par les SF de l'étude. À travers la description de leur stratégie, les points forts et les points à améliorer se distinguent clairement.

Tout d'abord, il est positif de constater que nos professionnels s'approprient tous le temps de la grossesse (CPN, PNP, EPI) pour dépister les troubles périnéaux chez les femmes enceintes. Ensuite, l'étude montre que l'atout majeur de nos SF se concentre sur l'éducation périnéale. En effet, l'éviction des facteurs favorisants, les techniques de préparation à l'accouchement visant à protéger le périnée et l'auto-rééducation sont des éléments de prévention que les SF de l'étude maîtrisent et utilisent volontiers. De plus, la capacité à informer précocement les patientes au sujet de la rééducation postnatale est également un point très positif. Selon elles, cette rééducation postnatale est incontestablement à proposer à toutes les accouchées.

En revanche, d'autres notions sont à redéfinir. Le dépistage des troubles périnéaux n'est pas réalisé suffisamment tôt au cours de la grossesse, la connaissance des facteurs de risque d'IU de grossesse est trop faible et le dépistage par la clinique (testing périnéal) est réalisé trop peu fréquemment. Le défaut le plus marquant de nos SF reste la prise en charge des patientes symptomatiques, qu'il s'agisse des conseils oraux pour épargner leur périnée, du testing périnéal ou de la prise en charge stricto sensus ; les femmes enceintes symptomatiques ne sont pas suffisamment considérées.

Le contenu des formations complémentaires dans le domaine du périnée ne semble pas permettre aux SF de l'étude de proposer une stratégie préventive plus solide et plus complète que les autres. Ceci s'explique par le fait que la prévention prénatale des troubles périnéaux ne semble pas avoir de place au sein des formations complémentaires suivies par les SF varoises.

Les SF varoises font preuve d'efficacité et de complétude pour la prévention primaire, mais manquent d'initiative pour la prévention secondaire. Au vu d'un possible déremboursement de la rééducation périnéale postnatale, l'approfondissement et l'amélioration de ces quelques notions feront de la prévention prénatale des troubles périnéaux, une force qui permettra à toutes les femmes d'être prévenues et informées dès leur grossesse.

Axes d'amélioration

Quelques conseils et précisions pourraient être proposés aux SF de l'étude afin d'améliorer et d'optimiser la prise en charge périnéale des patientes tout au long de leur vie :

Il serait intéressant :

- ◆ **De rappeler l'intérêt :**
 - De dépister les troubles périnéaux le plus tôt possible pendant la grossesse ou au cours du suivi gynécologique par l'interrogatoire et la clinique ;
 - De tracer la présence du trouble périnéal sur le dossier obstétrical (moyens diagnostics ? depuis quand ? le moment de survenue ? évaluation de la gêne) ;
 - D'éduquer les patientes (éviction des PTAE, verrouillage abdominal à l'effort, etc.) avant toute proposition d'auto-rééducation ou de rééducation.

- ◆ **D'expliquer comment évaluer l'état périnéal de la patiente (testing périnéal).**

- ◆ **De présenter les facteurs de risque d'IU de grossesse.**

- ◆ **D'expliquer la possibilité de réduire les femmes enceintes symptomatiques pendant la grossesse en définissant le rôle de la sage femme.**

- ◆ **De rappeler les techniques néfastes utilisées au moment de l'accouchement pour le périnée.**

Perspectives

Cette étude devrait être renouvelée d'ici cinq ans afin d'observer l'évolution des sages-femmes en termes d'information, de dépistage et de prévention des troubles périnéaux lors du suivi prénatal.

Dans le but d'évaluer de manière plus globale la prévention prénatale des troubles périnéaux, il conviendrait d'étendre l'étude à tous les professionnels habilités à suivre une grossesse : les médecins généralistes ainsi que les gynécologues-obstétriciens.

Pour conclure, selon Bernadette de Gasquet « *Le constat qui s'impose est qu'il existe une absence de prévention à tous les moments fondamentaux* » [4]. En effet, cette stratégie préventive pendant la grossesse fait partie de la prévention des troubles périnéaux au sens large. Qu'il s'agisse de l'enfant, de la jeune fille, de la jeune femme, de la femme active, de la femme enceinte, de la femme ayant accouché ou de la femme mûre ; chacune d'elle mérite une prévention périnéale adaptée à chaque étape de sa vie. C'est la raison pour laquelle, cette prévention devrait être évaluée à chacune de ces étapes. Dans le cadre de la profession de SF, cette évaluation aurait tout son intérêt au cours du suivi gynécologique de prévention.

Bibliographie

Par ordre d'apparition dans le corps du texte :

- [1] D-L Faltin, «épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 38, p. 146 152, 2009.
- [2] CNSF, «Guide pour la pratique des sages femmes en rééducation périnéale» 2014.
- [3] R Lousquy, P Costa, V Delmas, «Etat des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux» *Progrès en urologie*, vol. 19, p. 907 915, 2009.
- [4] B de Gasquet, Périnée, Arrêtons le massacre !, Marabout, 2011.
- [5] H Tonneau, «Le périnée féminin, qu'en savent les femmes?», mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de sage-femme de Rennes, 2004.
- [6] A Battut, «Incontinence urinaire et prolapsus. Quelle prévention en anté partum?» *La revue de la sage-femme*, vol. 9, p. 227 239, 2010.
- [7] X Deffieux, «Incontinence urinaire et grossesse» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 38, p. 212 231, 2008.
- [8] V Letouzey, R de Tayrac, P Mares, N Paradis, «Intérêt de la rééducation périnéale prénatale chez les patientes présentant une incontinence urinaire de grossesse» *Journal Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 35, p. 773 777, 2006.
- [9] C Dilly, «Intérêt du dépistage des incontinenances pendant la grossesse» *Profession Sage-Femme*, vol. 228, p. 227 231, 2016.
- [10] S Flandin-Créтино, «Rééducation pelvi-périnéale et grossesse,» mémoire en vue de l'obtention du diplôme universitaire en rééducation périnéale, univversité de la Sorbonne-Suresnes (92), 2015.
- [11] P Fournier-Neveu, «Les troubles urinaires du post partum,» mémoire en vue de l'obtention du diplôme universitaire d'urodynamique, Université paris VII, 2009.
- [12] M-C Le Blay, «l'Education Périnéale Prénatale, Place dans la Préparation à la Naissance et à la Parentalité», mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Université de Montpellier 1, 2013.
- [13] M Cestaro, «L'incontinence urinaire pendant la grossesse : rôle de la sage-femme sans la prévention, le dépistage et la prise en charge» Ecole de sage-femme Albert Fruhinholz, Nancy, 2011.
- [14] M Socquet, «Prévalence et prise en charge de l'incontinence urinaire pendant la grossesse», mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Université de Joseph Fourier - Grenoble, 2014.

- [15] X Fritel, A Fauconnier, R de Tayrac, J Amblard, L Lotte, H Fernandez, «Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale prénatale?» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 37, p. 441 448, 2008.
- [16] *Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant sur le code de déontologie des sages-femmes*, Journal officiel du 14 Août 1991.
- [17] M-C Cappelletti, «La rééducation périnéale de sa naissance à aujourd'hui» Paris, 2009.
- [18] F Haab, «Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire» Université Paris VI, 2007.
- [19] R De Tayrac, «Incontinence Urinaire et grossesse» CHU de Nîmes, 2012.
- [20] CNGOF, «Recommandations pour la Pratique Clinique : Diagnostic et PEC de l'IU de la femme adulte» 2009.
- [21] AM Magnier, «Incontinence Urinaire chez la femme en médecine générale» 2002.
- [22] C Cherret, «L'incontinence urinaire d'effort chez la femme sportive de moins de 30 ans», mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Ecole de sage-femme de Montpellier 1, 2013
- [23] CNGOF, «RPC sur l'épisiotomie» Paris, 2005.
- [24] CNGOF, «Recommandations pour la Pratique Clinique - Post Partum» 2015.
- [25] *Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes*, JORF n°0166 du 19 juillet 2012 page 11837.
- [26] Haute Autorité de Santé, «Rééducation dans le cadre du post partum» *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, n° 131, p. 1064 1076, 2003.
- [27] T Thubert, «Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne» *Gynécologie-Obstétrique et Fertilité*, p. 389-394, 2015.
- [28] A Alexandre, «Les efforts expulsifs maternel, expiration freinée ou inspiration bloquée? Essai clinique randomisé comparant les deux méthodes», mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Faculté de médecine de Grenoble, 2003.
- [29] J Hay-Smith and all., «Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women,» the Cochrane library, 2012.
- [30] X Fritel, «Périnée et grossesse,» *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, vol. 38, p 332-346, 2010.

Annexes

Annexe I : Tableaux de comparaison (Tc)

	Cabinet n = 58	Prévention n = 47 (%)	Absence de prévention n = 11 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
Formation complémentaire					
Oui	41 (70,7)	36 (87,8)	5 (12,2)		
Non	17 (29,3)	11 (64,7)	6 (35,3)	NS	1,36 [0,94 ; 1,96]
Rééducation périnéale					
Oui	45 (77,6)	37 (82,2)	8 (17,8)		
Non	13 (22,4)	10 (76,9)	3 (23,1)	NS	1,07 [0,77 ; 1,48]

Tc n°1 : L'influence de la formation complémentaire sur la prévention chez les libéraux

	Population totale n = 102 (%)	Prévention n = 74 (%)	Absence de Prévention n = 28 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
Exercice de la rééducation					
Oui	46 (45,1)	25 (54,3)	21 (45,7)		
Non	56 (54,9)	49 (87,5)	7 (12,5)	p < 0,05	0,62 [0,47 ; 0,82]
Année du diplôme					
≥ 1996	63 (61,8)	44 (69,8)	19 (30,2)		
<1996	39 (38,2)	30 (76,9)	9 (23,1)	NS	0,91 [0,72 ; 1,15]
Formation complémentaire					
Oui	56 (54,9)	49 (87,5)	7 (12,5)		
Non	46 (45,1)	25 (54,3)	21 (45,7)	p < 0,05	1,61 [1,21 ; 2,14]
Formation initiale suffisante					
Oui	13 (12,7)	9 (69,2)	4 (30,8)		
Non	89 (87,3)	65 (73,0)	24 (27,0)	NS	0,95 [0,65 ; 1,39]
Périnée évoqué en prénatal					
Oui	94 (92,2)	73 (77,7)	21 (22,3)		
Non	8 (7,8)	1 (12,5)	7 (87,5)	p < 0,05	NC

Tc n°2 : Les facteurs pouvant influencer la prévention

	Population totale n = 102	Formation n = 56 (%)	Absence de formation n = 46 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
Année du diplôme					
≥ 1996	63 (61,8)	33 (52,4)	30 (47,6)		
<1996	39 (38,2)	23 (59,0)	16 (41,0)	NS	0,89 [0,62 ; 1,26]
Formation initiale satisfaisante					
Non	89 (87,3)	47 (52,8)	42 (47,2)		
Oui	13 (12,7)	9 (69,2)	4 (30,8)	NS	0,76 [0,51 ; 1,15]

Tc n°3 : Les facteurs pouvant influencer la formation

	Population totale n = 102	Formation initiale suffisante n = 13 (%)	Formation initiale non suffisante n = 89 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
Année du diplôme					
≥ 1996	63 (38,2)	9 (14,3)	54 (85,7)		
<1996	39 (38,2)	4 (10,3)	35 (89,7)	NS	1,39 [0,46 ; 4,22]

Tc n°4 : L'influence de l'année d'obtention du diplôme sur la satisfaction vis-à-vis de la formation initiale

	Echantillon total n=74 (%)	Formation n=49 (%)	Absence de formation n=25 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
1) Dans quelle(s) circonstance(s)?					
CPN	47 (63,5)	34 (69,4)	13 (52,0)	NS	1,33 [0,88 ; 2,03]
EPI	26 (35,1)	20 (40,8)	6 (24,0)	NS	1,70 [0,78 ; 3,69]
PNP	55 (74,3)	39 (79,6)	16 (64,0)	NS	1,24 [0,9 ; 1,72]
CPN + PNP	34 (45,9)	28 (57,1)	6 (24,0)	p<0,05	2,38 [1,14 ; 4,98]
2) A partir de quel terme ?					
T1	28 (37,8)	21 (42,9)	7 (28,0)	NS	1,53 [0,75 ; 3,10]
T2	26 (35,1)	15 (30,6)	11 (44,0)	NS	0,70 [0,38 ; 1,28]
T3	20 (27,0)	13 (26,5)	7 (28,0)	NS	0,95 [0,43 ; 2,07]
3) Facteurs de risques d'IU de grossesse					
Généraux	35 (47,3)	18 (36,7)	17 (68,0)	p<0,05	0,54 [0,34 ; 0,85]
Obstétricaux	45 (60,8)	23 (46,9)	22 (88,0)	p<0,05	0,53 [0,38 ; 0,74]
Grossesse	10 (13,5)	7 (14,3)	3 (12,0)	NS	1,19 [0,34 ; 4,21]
Mauvaises habitudes de vie	46 (62,2)	32 (65,3)	14 (56,0)	NS	1,17 [0,78 ; 1,74]
Autre	16 (21,6)	11 (22,4)	5 (20,0)	NS	1,12 [0,44 ; 2,88]
4) Testing périnéal					
En systématique	11 (14,9)	9 (18,4)	2 (8,0)	NS	3,7 [0,84 ; 16,27]
Si au moins un facteur de risque	13 (17,6)	7 (14,3)	6 (24,0)	NS	0,96 [0,35 ; 2,65]
Si trouble périnéal	28 (37,8)	18 (36,7)	10 (40,0)	NS	1,48 [0,76 ; 2,88]
Jamais	26 (35,1)	16 (34,8)	10 (40,0)	NS	1,31 [0,66 ; 2,61]
5) Conseils oraux					
En systématique	34 (45,9)	24 (42,9)	10 (40,0)	NS	1,22 [0,70 ; 2,14]
Si au moins un facteur de risque	22 (29,7)	14 (25,0)	8 (32,0)	NS	0,89 [0,43 ; 1,84]
Si trouble périnéal	25 (33,8)	16 (28,6)	9 (36,0)	NS	0,91 [0,47 ; 1,75]
Jamais	2 (2,7)	0 (0,0)	2 (8,0)	NS	NC
6) Auto-rééducation					
En systématique	4 (5,4)	4 (7,1)	0 (0,0)	NS	NC
Si au moins un facteur de risque	12 (16,2)	7 (12,5)	5 (20,0)	NS	0,71 [0,25 ; 2,02]
Si trouble périnéal	31 (41,9)	20 (35,7)	11 (44,0)	NS	0,93 [0,53 ; 1,62]
Jamais	28 (37,8)	19 (33,9)	9 (36,0)	NS	1,08 [0,57 ; 2,02]
7) Cas clinique					
Réponse 1	10 (13,5)	4 (7,1)	6 (24,0)	NS	0,34 [0,11 ; 1,10]
Réponse 2	59 (79,7)	39 (69,6)	20 (80,0)	NS	0,99 [0,78 ; 1,27]
Réponse 3	27 (36,5)	19 (33,9)	8 (32,0)	NS	1,21 [0,62 ; 2,37]

Tc n°5 : L'influence de la formation complémentaire sur les modalités de la prévention

	Echantillon total n=74 (%)	Cabinet n=47 (%)	Hôpital n=22 (%)	PMI n=8 (%)	p
Facteurs de risques d'IU de grossesse					
L'âge	3 (4,1)	1 (2,1)	1 (4,5)	1 (12,5)	NS
La primigestité	2 (2,7)	2 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	NS
La multiparité	25 (33,8)	9 (19,1)	14 (63,6)	2 (25,0)	p<0,05
L'antécédent d'IU	5 (6,8)	3 (6,4)	1 (4,5)	1 (12,5)	NS
Le surpoids	17 (23,0)	8 (17,0)	7 (31,8)	3 (37,5)	NS
L'activité physique intensive	13 (17,6)	8 (17,0)	4 (18,2)	1 (12,5)	NS
<i>Aucun de ces facteurs de risque</i>	<i>30 (40,5)</i>	<i>26 (55,3)</i>	<i>4 (18,2)</i>	<i>2 (25,0)</i>	p<0,05
<i>Au moins 2</i>	<i>18 (24,3)</i>	<i>8 (17,0)</i>	<i>8 (36,4)</i>	<i>2 (25,0)</i>	NS
<i>Les 6</i>	<i>0 (0)</i>	<i>0 (0,0)</i>	<i>0 (0,0)</i>	<i>0 (0,0)</i>	NC

Tc n°6 : L'influence du secteur d'exercice sur la connaissance des facteurs de risque

	Echantillon total n=74 (%)	Formation n= 49 (%)	Absence de formation n=25 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
Facteurs de risques d'IU de grossesse					
L'âge	3 (4,1)	1 (2,0)	2 (8,0)	NS	0,26 [0,02 ; 2,68]
La primigestité	2 (2,7)	1 (2,0)	1 (4,0)	NS	0,51 [0,03 ; 7,82]
La multiparité	25 (33,8)	10 (20,4)	15 (60,0)	p<0,05	0,34 [0,18 ; 0,64]
L'antécédent d'IU	5 (6,8)	5 (10,2)	0 (0,0)	NS	NC
Le surpoids	17 (23,0)	7 (14,3)	10 (40,0)	p<0,05	0,36 [0,15 ; 0,82]
L'activité physique intensive	13 (17,6)	6 (12,2)	7 (28,0)	NS	0,44 [0,16 ; 1,16]
<i>Aucun de ces facteurs de risque</i>	<i>30 (40,5)</i>	<i>27 (55,1)</i>	<i>3 (12,0)</i>	p<0,05	4,59 [1,54 ; 13,67]
<i>Au moins 2</i>	<i>18 (24,3)</i>	<i>7 (14,3)</i>	<i>11 (44,0)</i>	p<0,05	0,32 [0,14 ; 0,73]
<i>Les 6</i>	<i>0 (0)</i>	<i>0 (0,0)</i>	<i>0 (0,0)</i>	-	NC

Tc n°7 : L'influence de la formation complémentaire sur la connaissance des facteurs de risque

	Echantillon total n = 48 (%)	Prévention n = 31 (%)	Absence de prévention n = 17 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
En per-partum					
Expiration freinée	43 (89,6)	28 (90,3)	15 (88,2)	NS	1,02 [0,83 ; 1,26]
Compresse chaudes	12 (25,0)	8 (25,8)	4 (23,5)	NS	1,10 [0,39 ; 3,12]
Expression abdominale	3 (6,3)	3 (9,7)	0 (0,0)	NS	NC
Etirement du périnée	15 (31,3)	9 (29,0)	6 (35,3)	NS	0,82 [0,35 ; 1,92]
Je ne me sens pas concernée	1 (2,1)	0 (0)	1 (5,9)	NS	NC

Tc n°8 : L'influence de la prévention sur les pratiques en SDN

	échantillon total n = 48 (%)	Formation n = 18 (%)	Absence de formation n = 30 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
En per-partum					
Expiration freinée	43 (89,6)	15 (83,3)	28 (93,3)	NS	0,89 [0,71 ; 1,12]
Compresse chaudes	12 (25,0)	5 (27,8)	7 (23,3)	NS	1,19 [0,44 ; 3,2]
Expression abdominale	3 (6,3)	0 (0,0)	3 (10,0)	NS	NC
Etirement du périnée	15 (31,3)	3 (16,7)	12 (40,0)	NS	0,42 [0,14 ; 1,28]
Je ne me sens pas concernée	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (3,3)	NS	NC

Tc n°9 : L' influence de la formation sur les pratiques en SDN

	Population totale n = 102 (%)	Prévention n = 74 (%)	Absence de prévention n = 28 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
B) En prénatal					
Massage périnéal	71 (69,6)	57 (77,0)	14 (50,0)	p<0,05	1,54 [1,04 ; 2,28]
Explication expiration freinée	73 (71,6)	60 (81,1)	13 (46,4)	p<0,05	1,75 [1,16 ; 2,64]
Je ne sensibilise pas	9 (8,8)	2 (2,7)	7 (25,0)	p<0,05	0,11 [0,02 ; 0,49]
Autre	13 (12,7)	12 (16,2)	1 (3,6)	NS	4,54 [0,62 ; 33,32]
C) Episiotomie					
Augmente	45 (44,1)	31 (41,9)	14 (50,0)	NS	0,84 [0,53 ; 1,32]
Protège	16 (15,7)	11 (14,9)	5 (17,9)	NS	0,83 [0,32 ; 2,18]
Aucun effet	31 (30,4)	23 (31,1)	8 (28,6)	NS	1,09 [0,55 ; 2,14]
Ne sait pas	10 (9,8)	10 (13,5)	0 (0,0)	p<0,05	-
D) Conseils rééducation post-natale					
CPN	93 (91,2)	69 (93,2)	24 (85,7)	NS	1,09 [0,92 ; 1,28]
SDC	82 (80,4)	60 (81,1)	22 (78,6)	NS	1,03 [0,83 ; 1,29]
CPN+SDC	76 (92,7)	57 (77,0)	19 (67,9)	NS	1,14 [0,85 ; 1,51]
Consultation post natale	82 (80,4)	62 (83,8)	20 (71,4)	NS	1,17 [0,91 ; 1,51]
Rééducation Périnéale	62 (60,8)	43 (58,1)	19 (67,9)	NS	0,86 [0,62 ; 1,18]
Les 4	46 (45,1)	34 (45,9)	12 (42,9)	NS	1,07 [0,65 ; 1,76]
E) Nouvelles recommandations					
Oui	24 (23,5)	20 (27,0)	4 (14,3)	NS	1,89 [0,71 ; 5,05]
Non	78 (76,5)	55 (74,3)	23 (82,1)	NS	0,9 [0,73 ; 1,13]
F) La rééducation post natale est à proposer :					
A toutes les accouchées	99 (97,1)	71 (95,9)	24 (100,0)	NS	1,12 [0,96 ; 1,31]
Seulement si troubles à 3 mois	3 (2,9)	3 (4,1)	0 (0,0)	NS	-

Tc n°10 : L'influence de la prévention sur les réponses aux questions diverses

	Population totale n = 102 (%)	Formation n = 56 (%)	Non formation n = 46 (%)	p	Risque Relatif [IC à 95%]
B) en prénatal					
Massage périnéal	71 (69,6)	42 (75,0)	29 (63,0)	NS	1,19 [0,91 ; 1,56]
Explication expiration freinée	73 (71,6)	46 (82,1)	27 (58,7)	p<0,05	1,40 [1,07 ; 1,84]
Je ne sensibilise pas	9 (8,8)	3 (5,4)	6 (13,0)	NS	0,41 [0,11 ; 1,55]
Autre	13 (12,7)	8 (14,3)	5 (10,9)	NS	1,31 [0,46 ; 3,74]
C) Episiotomie					
Augmente	45 (44,1)	23 (41,1)	22 (47,8)	NS	0,86 [0,56 ; 1,33]
Protège	16 (15,7)	9 (16,1)	7 (15,2)	NS	1,06 [0,43 ; 2,62]
Aucun effet	31 (30,4)	15 (26,8)	16 (34,8)	NS	0,77 [0,43 ; 1,38]
Ne sait pas	10 (9,8)	9 (16,1)	1 (2,2)	p<0,05	NC
D) Conseils rééducation post-natale					
CPN	93 (91,2)	52 (92,9)	41 (89,1)	NS	1,04 [0,92 ; 1,18]
SDC	82 (80,4)	44 (78,6)	38 (82,6)	NS	0,95 [0,79 ; 1,15]
CPN+SDC	76 (92,7)	42 (75,0)	34 (73,9)	NS	1,01 [0,81 ; 1,28]
Consultation post natale	82 (80,4)	44 (78,6)	38 (82,6)	NS	0,95 [0,79 ; 1,15]
Rééducation Périnéale	62 (60,8)	35 (62,5)	27 (58,7)	NS	1,06 [0,78 ; 1,46]
Les 4	46 (45,1)	26 (46,4)	20 (43,5)	NS	1,07 [0,69 ; 1,65]
E) Nouvelles recommandations					
Oui	24 (23,5)	17 (30,4)	7 (15,2)	NS	1,99 [0,91 ; 4,39]
Non	78 (76,5)	39 (69,6)	39 (84,8)	NS	0,89 [0,66 ; 1,02]
F) La rééducation post natale est à proposer :					
A toutes les accouchées	99 (97,1)	53 (94,6)	46 (100)	NS	0,95 [0,89 ; 1,01]
Seulement si troubles à 3 mois	3 (2,9)	3 (5,4)	0 (0,0)	NS	NC

Tc n°11 : L'influence de la formation sur les réponses aux questions diverses

Annexe II : Questionnaire

Bonjour, je m'appelle Johanne VOGEL. Je suis actuellement en 4ème année à l'école de sage-femme de Nice et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la Prévention Périnatale Périnéale. J'aimerais savoir si celle-ci est intégrée à votre pratique et si oui, de quelle manière. Ce questionnaire est anonyme.

Il est destiné aux Sages-Femmes du Var faisant des Consultations Périnatales et/ou Préparation à la Naissance et à la Parentalité et/ou Entretien Périnatal Individuel.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

- ❖ Age :
- ❖ Sexe :
- ❖ Année et lieu du Diplôme d'État :

- ❖ Nom du Lieu d'exercice (ex : hôpital Sainte-Musse, cabinet libéral, etc.)

- ❖ Activités pratiquées (*ex : consultations périnatales, suivi gynécologique, Prado, suites de couche, grossesses pathologiques, etc.*) :

- ❖ Avez-vous suivi une/des formations complémentaires en rééducation périnéale :

1) **Concernant les troubles périonéo-sphinctériens (*incontinence urinaire d'effort, par urgenturie, incontinence anale, prolapsus*) et la rééducation périnéale, pensez-vous que la formation initiale a été suffisante pour votre exercice de sage-femme ?**

- Oui
- Non

2) **Pendant la grossesse, abordez-vous le sujet du périnée avec vos patientes (*explications sur l'anatomie / les fonctionnalités / modifications pendant le travail, l'accouchement, au cours de la vie génésique, etc.*) ?**

- Oui
- Non

3) **Pendant la grossesse, faites-vous de la Prévention Primaire des troubles périnéaux (*dépistage des troubles et des facteurs de risque, éviction des facteurs favorisants, conseils pour la vie quotidienne, exercices de renforcement musculaire/rééducation périnéale prénatale*) ?**

- PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- Oui
- Non, car je n'y pense pas
- Non, car je n'ai pas le temps
- Non, car je ne trouve pas cela indispensable dans le suivi prénatal
- Non, car je ne suis pas suffisamment formée
- Non, car cette thématique me gêne

Si la réponse à la question 3 est non, veuillez passer directement à la question 11.

Si la réponse est oui, merci de continuer.

*** LORS DU SUIVI PRÉNATAL ***

4) Dans quelles circonstances faites-vous la Prévention Primaire Périnatale des troubles périnéaux ? - PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- Consultations Périnatales
- Entretien Périnatal Précoce
- Préparation à la Naissance et à la Parentalité

5) À partir de quel terme recherchez-vous la présence de troubles périnéaux ?

- T1
- T2
- T3

6) Selon vous, quels sont les principaux facteurs de risque d'incontinence urinaire durant la grossesse?

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

7) Pendant la grossesse, pratiquez-vous un testing périnéal lors d'un toucher vaginal ? - PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES-

- Oui, en systématique
- Oui, si présence d'au moins un facteur de risque
- Oui, si présence de troubles périnéaux
- Jamais

8) Pendant la grossesse, donnez-vous des conseils oraux à la patiente pour épargner son périnée au quotidien (verrouillage abdominal à l'effort, correction de la posture et des mauvaises habitudes de vie, etc.) ? - PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- Oui, en systématique
- Oui, si présence d'au moins un facteur de risque
- Oui, si présence de troubles périnéaux
- Jamais

9) Vous arrive-t-il de proposer à vos patientes un programme de renforcement musculaire à réaliser à la maison ? - PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- Oui, en systématique
- Oui, si présence d'au moins un facteur de risque
- Oui, si présence de troubles périnéaux
- Jamais

10) Votre patiente G1P0 se plaint à 24 SA de fuites urinaires à l'éternuement survenues depuis 2 mois, que lui proposez-vous ?

- PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- Je la rassure, cette incontinence de grossesse est physiologique
- Je lui donne des conseils pour que le trouble ne s'aggrave pas et insiste sur l'intérêt de la rééducation postnatale
- Je lui donne des conseils pour que le trouble ne s'aggrave pas, j'effectue un testing périnéal et en fonction, l'oriente vers un médecin pour la prescription d'une rééducation périnéale prénatale

* * * * *

11) Lors du suivi prénatal, proposez-vous à la patiente :

- PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- D'apprendre la technique d'efforts expulsifs en expiration freinée ?
- Le massage périnéal du troisième trimestre
- Autre proposition, merci de bien vouloir préciser :

.....
 Je ne sensibilise pas sur ces pratiques

12) Dans votre pratique quotidienne en Salle De Naissance, vous arrive-t-il :

- PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- De proposer la technique d'efforts expulsifs en expiration freinée
- De proposer à la patiente l'application des compresses chaudes sur le périnée lors de la seconde phase du travail lors des contractions utérines
- De faire pratiquer l'expression abdominale lors de l'expulsion
- Durant les efforts expulsifs, d'aider manuellement à l'étirement du périnée lorsque la présentation descend
- Je ne me sens pas concerné(e) par ces pratiques
- Je ne travaille pas en SDN

13) Selon vous, l'épisiotomie est une pratique qui :

- Augmente le risque de survenue des troubles périnéaux en post-partum
- Protège du risque de survenue des troubles périnéaux en post-partum
- N'a aucun effet sur la survenue de ces troubles
- Je ne sais pas

14) Selon vous, quel est le temps de la maternité où les explications concernant la Rééducation postnatale doivent être données :

- PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES -

- Durant les consultations prénatales et/ou la Préparation Prophylactique Obstétricale
- En suites de couche, après l'accouchement
- Au cours de la consultation postnatale
- Durant la rééducation postnatale

15) Avez-vous connaissance des nouvelles recommandations 2016 du CNGOF concernant la Rééducation Postnatale :

- Oui
- Non

16) Selon vous, la Rééducation Postnatale est à proposer :

- UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE -

- À toutes les accouchées
- Seulement aux accouchées présentant des troubles à 3 mois du post-partum

**Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre aux questions.
Voici mon adresse e-mail si vous souhaitez me poser des questions ou recevoir les résultats de
l'étude :
j.vogel@live.fr**

Titre : État des lieux de la prévention prénatale des troubles périnéaux dans le département du Var

Mots clefs : sage-femme, périnée, incontinence urinaire, prévention, rééducation

Résumé :

Objectifs : Déterminer la prévalence des sages-femmes du Var intégrant la prévention des troubles périnéaux dans le suivi prénatal, identifier les facteurs pouvant influencer la prévention et décrire comment leur stratégie préventive s'organise.

Méthode : Étude descriptive multicentrique réalisée du 10 juin au 22 octobre 2016 dans les hôpitaux, cabinets libéraux et PMI du Var. 102 sages-femmes réalisant des activités prénatales ont été incluses dans l'étude et ont répondu à l'enquête.

Résultats : 74 sages-femmes sur 102 (72,5%) ont déclaré prévenir. L'exercice libéral, la formation complémentaire dans le domaine de la rééducation périnéale et le fait d'évoquer le périnée en anténatal expliquent une recrudescence de cette prévention. Nos résultats montrent que les SF du Var sont soucieuses du périnée des femmes mais leur stratégie préventive présente des points forts et des points faibles. L'éducation périnéale des femmes enceintes et l'éviction des facteurs favorisant des troubles périnéaux sont leurs atouts majeurs. En revanche, la prise en charge des femmes enceintes symptomatiques n'est pas suffisamment intégrée dans leur pratique.

Conclusion : La prévention des troubles périnéaux incombe à tous les professionnels de la santé féminine : médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. En vue d'une possible restriction de la rééducation périnéale du post-partum, la prévention des troubles périnéaux doit prendre sa source en amont des accouchements, le plus tôt dans la vie d'une femme. Cette étude permettra de proposer aux sages-femmes des points d'amélioration afin que la prévention périnéale des troubles périnéaux soit renforcée et perdure dans le temps.

Title : Current state of prevention services of perineal disorders in antenatal settings in the Var department

Keywords : Midwife, perineum, urinary incontinence, prevention, rehabilitation

Abstract :

Aims : To determine the prevalence of midwives in the Var that are integrating prevention of perineal disorders into antenatal follow-up; to identify factors that can influence prevention and describe how their preventive strategy is organized.

Methods : Descriptive multicenter study carried out from 10 June to 22 October 2016 in Var hospitals, independent practices and Centers for Mother and Child Protection (PMI). 102 midwives performing antenatal activities were included in the study and responded to the survey.

Results : 74 out of 102 midwives (72.5%) reported to prevent. The liberal exercise, the additional training in the field of perineal reeducation and the evocation of the perineum in antenatal follow-ups explain a resurgence of this prevention. Our results show that the midwives in the Var are concerned about women's perineum but their preventive strategy has strengths and weaknesses. The perineal education of pregnant women and the avoidance of factors favoring perineal disorders are their major assets. On the other hand, the management of symptomatic pregnant women is not sufficiently integrated into their practice.

Conclusion : Prevention of perineal disorders is the responsibility of all women's health professionals: general practitioners, medical gynecologists, gynecologists, obstetricians and midwives. With a view to a possible restriction of post-partum perineal rehabilitation, the prevention of perineal disorders must originate upstream of childbirth, at the earliest time possible in a woman's life. This study will make it possible to propose to the midwives, areas for improvement so that the antenatal prevention of the perineal disorders is strengthened and sustained.

