



HAL
open science

Étude qualitative des pratiques actuelles de prévention des incontinences urinaires lors du pré-partum en France

Mélanie Madec

► **To cite this version:**

Mélanie Madec. Étude qualitative des pratiques actuelles de prévention des incontinences urinaires lors du pré-partum en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02272193

HAL Id: dumas-02272193

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02272193>

Submitted on 27 Aug 2019

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

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



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



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE BREST

22 avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

**Étude qualitative des pratiques
actuelles de prévention des
incontinences urinaires lors du pré-
partum en France**

MADEC Mélanie

Travail écrit de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2015-2019

Juin 2019

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Mathilde Macé, pour sa disponibilité, son écoute et ses conseils avisés. Je remercie également Marc Le Roy, de m'avoir soutenue au début de ma recherche de sujet et de la mise en place de mon mémoire.

Je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique de l'IFMK de Brest et les intervenants extérieurs pour nous avoir fourni les outils nécessaires à la réussite de nos études. Un grand merci à Françoise Hocine pour m'avoir transmis l'envie d'explorer toute la complexité et la diversité de la rééducation périnéale.

Je voudrais également remercier mes amis et ma famille, qui m'ont guidée et accompagnée durant ces quatre années. Merci pour vos conseils, votre soutien et vos remarques pertinentes sur mon travail de fin d'études. Merci à tous ceux qui ont contribué à la relecture de ce mémoire.

Enfin merci à tous les kinésithérapeutes, médecins et sages-femmes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Qu'est-ce que le périnée ?	3
2.1.	Anatomie du périnée (2) (Annexe I).....	3
2.2.	Biomécanique du périnée.....	4
3.	Grossesse, accouchement par voie basse et conséquences	5
3.1.	Modifications du plancher pelvien lors de la grossesse	5
3.2.	Le périnée lors de la grossesse.....	5
3.3.	Définition de l'accouchement.....	6
3.4.	Conséquences possibles de l'accouchement	6
4.	Rééducation périnéale	11
4.1.	Recommandations	11
4.2.	Techniques de rééducation	12
4.3.	La rééducation périnéale pré-partum en France et dans le monde.....	12
5.	Prévention	14
5.1.	Définition selon la HAS.....	14
5.2.	Qu'en est-il de la prévention des incontinences aujourd'hui ?	14
6.	Démarche réflexive	15
7.	Méthodologie de recherche	16
7.1.	Choix de la méthode	16
7.2.	Population cible.....	16
7.3.	Réalisation des questionnaires.....	18
7.4.	Diffusion des questionnaires	22
7.5.	Exploitation des données	24
8.	Recueil des données.....	25
8.1.	Résultats du groupe masseurs-kinésithérapeutes	25
8.2.	Résultats du groupe médecins	29
8.3.	Résultats du groupe sages-femmes	32

9.	Analyse des résultats	37
9.1.	Analyse par profession.....	37
9.2.	Synthèse de l'analyse croisée entre les trois professions.....	43
10.	Discussion	44
10.1.	Limites du sondage.....	44
10.2.	Confrontation des résultats avec les hypothèses	46
10.3.	Intérêts de la rééducation périnéale prénatale	47
11.	Et après ?	51
12.	Conclusion.....	52
	Bibliographie	54

Glossaire

Multipare : femme qui a accouché plusieurs fois

Nullipare : femme qui n'a jamais accouché d'un enfant vivant

Primigeste : femme dont la grossesse est en cours

Primipare : femme qui accouche pour la première fois

Liste des abréviations

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HAS : Haute Autorité de Santé (anciennement **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

ICS : International Continence Society

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IU : incontinence urinaire

IUE : incontinence urinaire d'effort

IUM : incontinence urinaire mixte

IUU : incontinence urinaire par urgenturie

MK : masseur(s)-kinésithérapeute(s)

Périn. : périnée

Rééduc. : rééducation

SF : sage(s)-femme(s)

SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada's

1. Introduction

La kinésithérapie périnéale pré-partum sous-entend l'idée d'un apprentissage, d'un prérequis en cas de rééducation périnéale post-partum. Cependant, la plupart des femmes concernées par ce sujet n'a pas ou peu de connaissances de leur périnée. Il semble donc intéressant d'éduquer les mères avant la naissance de leur enfant, pour réduire le temps de la rééducation périnéale post-partum et faciliter la récupération de la force périnéale.

Le système actuel fait que les femmes enceintes sont suivies par leur médecin généraliste et/ou obstétricien et par une sage-femme pendant la grossesse, puis en post-partum immédiat avec la consultation post-natale. Cette consultation peut être faite entre 6 et 8 semaines après l'accouchement par une sage-femme ou un médecin : chacun de ces professionnels peut alors prescrire des séances de rééducation périnéale, à réaliser auprès d'une sage-femme ou d'un masseur-kinésithérapeute. Qu'en est-il alors de la place des masseurs-kinésithérapeutes ? Peuvent-ils prendre part davantage au suivi de la femme enceinte, et intégrer le parcours de soin des femmes enceintes avant les trois mois requis en post-partum, en collaboration avec les médecins et les sages-femmes ?

Un article sur la kinésithérapie périnatale (1) évoque le fait que ce domaine de la kinésithérapie n'est pas assez connu du grand public, ni des médecins qui ne sont pas toujours informés des champs de compétence des masso-kinésithérapeutes. Cet article fait écho aux témoignages de mères rencontrées sur un terrain de stage libéral spécialisé en pédiatrie : l'une d'entre elles avait subi une épisiotomie lors de son accouchement et souffrait d'une incontinence urinaire. Elle souhaitait avoir des recommandations de professionnels spécialisés dans la rééducation périnéale.

Cette situation est monnaie courante, non seulement dans les cabinets de kinésithérapeutes, mais également dans la vie de tous les jours. Qui n'a jamais entendu parler d'une femme dans son entourage, qui vient d'accoucher et qui a des troubles urinaires gênant son quotidien ? Ce problème récurrent chez les mères dont c'est le premier accouchement pourrait-il être réduit par des exercices de kinésithérapie avant l'accouchement ? Peut-on réduire l'incidence des incontinences grâce à la kinésithérapie pré-partum ? Le corps de la femme, et en particulier son périnée, subit un traumatisme lors de l'accouchement, alors pourquoi ne pas l'entraîner en amont, comme lorsqu'un athlète s'entraîne pour son marathon ? Pourquoi existe-t-il des recommandations françaises sur le postpartum, mais aucune sur la rééducation

prénatale ? Actuellement, quelles pratiques de prévention prénatale de l'incontinence urinaire sont utilisées par les professionnels de santé ?

Dans ce mémoire il sera question de faire un état des lieux des pratiques actuelles concernant la prévention des troubles urinaires chez les femmes enceintes afin d'améliorer leur qualité de vie pendant la grossesse mais aussi d'augmenter la récupération fonctionnelle des muscles du périnée après l'accouchement.

Afin de mettre en évidence les freins au développement de la kinésithérapie pelvi-périnéale prénatale, ce travail reprendra les bases de l'anatomie du périnée puis plus spécifiquement les conséquences de la grossesse et de l'accouchement sur le périnée, ce qui amène ensuite le sujet de la rééducation périnéale, les recommandations, les techniques et la rééducation périnéale pré-partum en France et dans le monde. Pour finir sera abordé le thème de la prévention. À la suite de ces concepts émergera la démarche réflexive qui a abouti à une problématique et des hypothèses de recherche. Après description de la méthodologie de recherche, les résultats seront énoncés puis analysés et discutés. En conclusion de ce mémoire une projection future sera apportée.

2. Qu'est-ce que le périnée ?

2.1. Anatomie du périnée (2) (Annexe I)

Le périnée, ou plancher pelvien, est défini comme l'ensemble des structures anatomiques musculo-aponévrotiques qui ferment caudalement l'excavation pelvienne. Il est délimité par un cadre ostéo-fibreux en forme de losange avec pour limites la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes en avant, le coccyx et les ligaments sacro-tubéraux en arrière, et le diaphragme pelvien en haut. On différencie le périnée antérieur urogénital du périnée postérieur anal, séparés par une ligne transversale imaginaire. Le périnée antérieur possède plus de structures musculaires que le périnée postérieur : il doit supporter le poids de l'enfant lors de la grossesse.

Le plancher pelvien se compose d'un ensemble de muscles répartis en trois plans : le plan superficiel, le plan moyen et le plan profond (ou diaphragme pelvien). Ils sont principalement constitués de fibres de type I à contraction lente (70%) pour soutenir le petit bassin. Les fibres de type II à contraction rapide sont mises en jeu pour répondre aux variations de pressions intra-abdominales, par exemple lors de la toux ou d'un éternuement.

Le plan superficiel est constitué par le sphincter externe de l'anus, le muscle ischio-caverneux, le muscle bulbo-spongieux et de façon inconstante le muscle transverse superficiel. Il a pour rôle le contrôle des sphincters assurant la continence. Le plan moyen est constitué du muscle transverse profond (stabilisateur du noyau fibreux central) et du sphincter strié urétral. Ce dernier assure l'étanchéité de l'urètre afin d'éviter les fuites urinaires, et se relâche pour la miction.

Le muscle principal du périnée est l'élévateur de l'anus. C'est ce muscle qui jouera un rôle lors de la rééducation pelvi-périnéale. C'est un muscle pair et symétrique qui forme en partie le plan profond du périnée avec le muscle coccygien et qui a pour fonction le soutien des viscères en position debout. La qualité musculaire du plancher pelvien est déterminée par la bonne contraction de ce muscle qui assure aussi la continence. Il est composé de deux faisceaux se terminant par des fibres pré- et rétro-rectales : un faisceau médial pubo-rectal et un faisceau latéral ilio-rectal. D'après Daniels et Worthingham « *les muscles profonds du périnée ont le tonus de repos le plus élevé du corps humain* ».

L'innervation motrice du plancher pelvien est assurée par le nerf pudendal (racines S2 à S4) tandis que l'innervation sensitive est assurée par les branches des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique, génito-fémoral, pudendal, et des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse.

2.2. Biomécanique du périnée

Pour résumer, les muscles périnéaux formant le plancher pelvien ont plusieurs fonctions essentielles : en plus du rôle premier de soutien des viscères (grâce à sa concavité vers le haut), il assure un rôle de sphincter pour assurer la continence urinaire et fécale, autorisant la miction, la défécation, les rapports sexuels et l'accouchement par voie basse¹. Son rôle de stabilité posturale par un phénomène de co-contraction entre les muscles transverse de l'abdomen, multifidus et le diaphragme, fait du plancher pelvien le « *caisson hydropneumatique abdominal* » (3).

Le périnée doit donc pouvoir s'opposer à l'augmentation de la pression abdominale lors d'efforts impliquant une contraction des abdominaux. Exemple d'une situation mettant à rude épreuve le périnée qui doit alors s'adapter aux contraintes : la grossesse, qui engendre une augmentation importante des pressions sur les muscles périnéaux, étant donné le poids du fœtus et du placenta.

¹ https://www.kinesport.info/Adaptations-musculo-squelettiques-specifiques-pendant-la-grossesse-plancher-pelvien-ceinture-pelviennne-et-douleurs_a4517.html consulté le 12/02/2019

3. Grossesse, accouchement par voie basse et conséquences

3.1. Modifications du plancher pelvien lors de la grossesse

Lors de la grossesse, le plancher pelvien subit des modifications permettant de supporter le poids du fœtus, le changement de centre de gravité, et le passage du nouveau-né par le petit bassin. Ashton-Miller et Delancey (4) ont noté que les muscles du plancher pelvien étaient parfois étirés au-delà de trois fois leur taille normale. Ils ont notamment observé une augmentation de la surface du hiatus des muscles élévateurs de l'anus à différents moments (au repos, lors de contractions, en manœuvre de Valsalva), en fin de grossesse. De plus, ils ont constaté une augmentation de la laxité ligamentaire, aussi bien au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs qu'au niveau de la symphyse pubienne.

D'après une étude de Fritel en 2010 (5) pendant la grossesse ou en post-partum, la femme peut développer une incontinence urinaire, une incontinence anale ou fécale, une dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels), ou encore un prolapsus génital. L'accouchement peut entraîner une dénervation périnéale ou une neuropathie pudendale, des déchirures périnéales, un défaut de support urétral, des insuffisances sphinctériennes, des lésions des releveurs et des anomalies tissulaires. Ces problématiques sont susceptibles d'apparaître lors de l'accouchement pour plusieurs raisons : à la suite de la bascule du bassin pour laisser passer le bébé, par l'utilisation d'instrumentations (forceps, spatules), à cause d'une durée des efforts expulsifs trop importante, ou encore selon les caractéristiques du nouveau-né (poids et périmètre crânien).

3.2. Le périnée lors de la grossesse

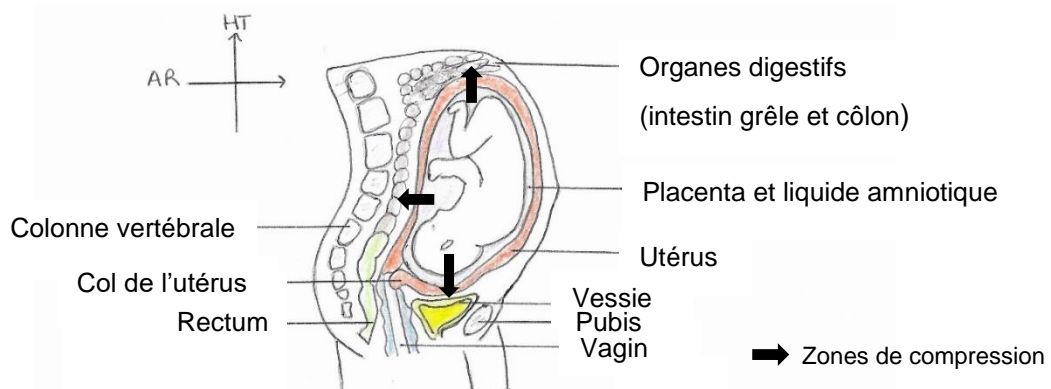


Figure 1 : Coupe sagittale du tronc d'une femme enceinte

Le rôle du périnée pendant la grossesse est primordial, du fait de son rôle de soutien des viscères. Il est soumis à de grands changements : dans les trois premiers mois de la grossesse l'imprégnation hormonale est importante, permettant à tous les muscles (et ligaments) de se relâcher, y compris les muscles du périnée. Ce relâchement permet l'expansion de l'utérus mais en contrepartie des fuites urinaires peuvent survenir, du fait du manque de force des muscles du périnée. (6) La problématique des deux derniers trimestres est due à l'augmentation de la taille de l'utérus qui va pousser contre la vessie : si la pression exercée par le poids de l'utérus est trop forte par rapport à la capacité du sphincter urétral de la vessie et des muscles du plancher pelvien, des fuites urinaires pourront apparaître.

D'après Michel Dufour (7), « *l'augmentation du volume utérin entraîne une compression vésicale et des organes digestifs* », comme montré sur la figure 1, ce qui justifierait selon lui un entraînement pré-partum pour contrer cet effet et éviter au maximum les incontinences urinaires.

3.3. Définition de l'accouchement

L'accouchement marque la fin de la grossesse par la naissance de l'enfant. C'est un événement traumatisant et inhabituel pour le périnée dont les faisceaux subissent une distension lors du passage du bébé.

On décrit trois phases : d'abord la dilatation du col de l'utérus accompagnée des contractions utérines, puis l'expulsion marquée par la traversée du fœtus dans le bassin puis dans le vagin grâce aux contractions utérines pour aboutir à la naissance du bébé, et enfin la délivrance durant laquelle la femme évacue le placenta via l'utérus.

3.4. Conséquences possibles de l'accouchement

3.4.1. Déchirures du périnée et épisiotomies

C'est lors de la phase d'expulsion que le personnel médical peut avoir recours aux instruments d'extraction ou à une épisiotomie pour écourter cette phase. L'épisiotomie correspond à « *une incision du pourtour de la vulve de manière à en agrandir l'orifice, ayant pour but d'empêcher la rupture traumatique du périnée au cours de l'accouchement* » (8). Elle est pratiquée lorsque le chirurgien l'estime nécessaire, afin

d'éviter des déchirures du périnée. Ces dernières, bien que possibles sources de complications après l'accouchement (atteinte des muscles des sphincters anaux et urinaires, incontinence anale ou urinaire, etc.), sont bien moins délétères que les épisiotomies.

Le taux d'épisiotomie est d'environ 13% au Royaume-Uni et de moins de 6% en Suède (9). Aux États-Unis il est passé de plus de 60% à moins de 15% en 15 ans (10). Ces taux sont en adéquation avec les recommandations de l'OMS au sujet des épisiotomies² : l'usage de l'épisiotomie n'est pas recommandé pour les femmes accouchant par voie basse et doit être inférieur à 10% pour ne concerner que les accouchements difficiles, avec complications.

En France, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a émis des recommandations en 2005³ afin de « *faire baisser progressivement le taux moyen d'épisiotomie en France en dessous de 30%* ». L'étude de Clesse et al (11) fait un « *État des lieux de la pratique de l'épisiotomie en France, 10 ans après les recommandations du CNGOF* » : en 1981 la France avait un taux d'épisiotomie global de 38,4% (12), entre 1994 et 1999 il est aux alentours de 56% (13), puis à partir de là est noté un déclin des épisiotomies, concordant avec la publication des recommandations de l'OMS et du CNGOF. En 2005, le taux était de 41,3% (13), et en 2016 l'enquête nationale périnatale montre que le taux global se situe entre 20 et 27% : ainsi « *34,9% des primipares et 9,8% des multipares ayant accouché par voie basse ont eu une épisiotomie* »⁴. L'étude de Clesse et al note qu'il existe une disparité entre les régions françaises, pouvant aller de 1,30% à 72,7%, probablement due aux habitudes de chaque chirurgien.

3.4.2. Fonctionnement de la continence

Le fonctionnement normal de l'appareil urinaire⁵ est dépendant du système nerveux sympathique et du système nerveux parasympathique. Il résulte d'une synergie entre le détrusor et les sphincters lisses et striés de l'urètre : la miction se fait lorsque le détrusor

² <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0>, consulté le 01/11/18

³ http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM, consulté le 01/11/18

⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/l-enquete-nationale-perinatale>, consulté le 01/11/18

⁵ <http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/troubles-de-la-miction.html>, consulté le 02/11/18

se contracte (contrôle par le centre parasympathique de la moelle sacrée) et que les sphincters se relâchent (contrôle par le centre sympathique dorso-lombaire).

La continence urinaire est permise par l'équilibre entre « *les forces d'expulsion et les forces de retenue* » (14), c'est-à-dire entre les pressions intra-vésicale et intra-urétrale. Au cours d'efforts impliquant les muscles abdominaux, la pression vésicale sera augmentée ce qui risque de provoquer des fuites urinaires.

3.4.3. Types d'incontinence

L'incontinence est définie selon l'International Continence Society (ICS) (15) comme étant la « *condition dans laquelle la perte involontaire d'urine représente un problème social et hygiénique et est objectivement démontrable* ». Plus généralement, l'incontinence est définie par la perte involontaire d'urine. Il existe plusieurs formes d'incontinence (16) :

- L'incontinence urinaire d'effort (IUE), caractérisée par une perte involontaire d'urine, survenant lors d'une augmentation de la pression abdominale. Elle peut survenir entre autres à la toux, au rire, à l'éternuement, à la course ou encore lors d'un port de charge.
- L'incontinence urinaire par urgenturie (anciennement par impériosité) (IUU), généralement associée à une hyperactivité vésicale, correspond à un besoin urgent, brutal et irrépressible, suivi de la perte d'urine.
- L'incontinence urinaire mixte (IUM) est une association des deux précédentes incontinences.

Il existe d'autres incontinences, qui ne seront pas développées dans ce mémoire, liées à des maladies chroniques, troubles neurologiques ou à des suites de chirurgie :

- L'incontinence par regorgement (ou trop plein) : la vessie est trop remplie par manque de vidange lors d'une miction précédente, ce qui peut causer des fuites urinaires.
- L'incontinence fonctionnelle : se rapproche de l'incontinence urinaire d'urgenturie mais est plutôt due au déficit de mobilité des personnes.
- L'incontinence totale : les sphincters ont été détruits, totalement ou partiellement, et n'assurent plus le contrôle de la vessie qui laisse s'écouler l'urine en continu.

3.4.4. Épidémiologie de l'incontinence

En France, 2,6 millions de personnes âgées de plus de 65 ans ont des incontinenances urinaires, selon le site de l'assurance maladie⁶. Mais l'incontinence urinaire peut aussi toucher les plus jeunes, enfants, femmes et hommes confondus. La prévalence de ce type de pathologie est d'autant plus difficile à estimer que c'est un sujet encore tabou.

D'après une étude de 2017 sur la mise à jour des bonnes pratiques dans le cadre de la rééducation des incontinenances urinaires, la prévalence des incontinenances chez la femme varie de 29 à 75% selon l'âge et selon le type d'incontinence étudié (16).

Les données de la littérature sont toutefois d'accord sur la répartition des types d'IU en fonction de l'âge chez la femme (17) : l'IUE prédomine chez les femmes jeunes et les IUU et IUM prédominent chez les femmes plus âgées. Cela représente environ 1,5 millions de femmes en France, dont 500 000 sévèrement atteintes⁷.

La prévalence de l'IU augmente avec l'âge. Pendant la grossesse elle augmente avec l'approche du terme : elle est maximale à la fin du troisième trimestre (30 à 50% des femmes sont touchées). 6% des nullipares déclarent avoir des IUE en fin de grossesse et 19% sont gênées par ces fuites (5). L'incontinence en post-partum concerne quant à elle 15 à 40% des femmes selon les auteurs (18). Il est recommandé (19) de traiter l'incontinence urinaire persistante trois mois après l'accouchement par des exercices de contractions volontaires des muscles du périnée (grade A), et ce pour tout type d'incontinence. La rééducation post-partum a montré des résultats à court terme, mais pas à long terme.

Les fuites urinaires étant provoquées par l'augmentation de la pression intra-urétrale par rapport à la pression intra-vésicale, tous les facteurs influant sur la tonicité urétrale constituent selon la HAS (18) des facteurs de risque d'incontinence. Parmi ces facteurs sont retrouvés des facteurs intrinsèques comme l'âge, les antécédents chirurgicaux des régions pelvienne et abdominale (une hystérectomie par exemple), la constipation chronique, la toux chronique, la ménopause (changement hormonal avec baisse des œstrogènes progestatives), la grossesse (l'IU s'aggrave au fur et à mesure de la grossesse) ; et des facteurs extrinsèques comme une activité physique intense, le port de charges lourdes, un comportement hygiéno-diététique inadapté (consommation

⁶<https://www.ameli.fr/cotes-d-armor/assure/sante/themes/incontinence-urinaire/mecanismes-frequence-causes>, consulté le 31/10/18

⁷ <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/hommage-au-pr-dominique-chopin-epidemiologie-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme.html>, consulté le 02/11/18

excessive de lipides, surpoids, obésité, peu d'activités physiques...), l'énurésie dans l'enfance, le tabac ou les médicaments.

Les facteurs de risque principaux de l'IU post-partum sont l'âge de la mère, la parité entre les primipares et multipares, le surpoids de la mère, et l'accouchement par voie basse (20). Selon Viktrup, les incontinences survenues avant la grossesse s'aggravent au cours des trimestres. (21)

Pizzoferrato et al (22) ont montré que l'incontinence urinaire des femmes avait un impact sur leur vie quotidienne ou lors d'activités professionnelles ou sportives. Certaines sont même gênées en permanence, altérant leur qualité de vie. Malgré cela, seulement 20% des femmes nullipares de l'étude ont bénéficié d'une rééducation périnéale, les autres invoquant un manque de temps ou un manque de motivation. Pourtant les femmes incontinentes étaient mieux informées que les femmes continentales sur le périnée et la rééducation périnéale. L'étude soulève donc le fait qu'il est préférable que les femmes soient suivies par un professionnel, plutôt que soumises à un programme d'auto-rééducation à réaliser à la maison.

Une enquête auprès de 154 femmes nullipares pendant leur grossesse a été réalisée par une équipe à Caen en 2005 (23) : pour l'ensemble des participantes le mot « périnée » était connu mais seulement 14% avaient une connaissance précise de son anatomie. En revanche plus de la moitié des femmes connaissait son rôle de soutien, et les trois quarts connaissaient les risques potentiels dus à l'accouchement. Pour 20% des participantes, le sujet est tabou. L'étude soutient l'idée que la grossesse est un moment opportun pour sensibiliser les femmes à ce sujet car elles sont plus à l'écoute de leur corps.

L'idée est donc de partir des connaissances de la femme pour adapter notre discours lors de séances de rééducation, ou plutôt « d'éducation » périnéale dans le sens où les patientes vont apprendre des notions inconnues ou mal connues et des mouvements qu'elles n'ont jamais réalisés auparavant. Ces cours pourraient faire partie de la préparation à l'accouchement, dans le but d'augmenter la qualité de vie des femmes enceintes tout au long de leur grossesse et de leur donner les clés et toutes les explications nécessaires pour débiter des exercices d'auto-rééducation à domicile, après l'accouchement.

4. Rééducation périnéale

4.1. Recommandations

Pour la HAS (18), le traitement conservateur est le traitement de première intention des IUE légères à modérées. La rééducation périnéale a fait ses preuves dans la prise en charge des incontinences urinaires post-partum et dues à l'effort (19), ainsi que dans la prévention de leur apparition. Néanmoins, on constate que la rééducation pré-partum n'est pas répandue, alors qu'elle a fait ses preuves, au minima à court terme. En effet les études montrent que l'entraînement associé au massage des muscles pelviens pendant la grossesse réduit le pourcentage d'IU en fin de grossesse (24) et réduit la prévalence d'IU post-partum jusqu'à six mois après l'accouchement selon la revue Cochrane de 2017 (25).

Après l'accouchement, certaines femmes peuvent avoir un périnée plus relâché : elles doivent donc retrouver un tonus normal. C'est dans ce contexte que la rééducation périnéale est recommandée par la HAS : cette rééducation permet de remuscler le plancher pelvien. Elle fait partie du décret de compétences des masseurs-kinésithérapeutes depuis le décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute⁸.

En ce qui concerne les femmes enceintes elle est généralement prescrite dans le cadre du post-partum à raison de dix séances de rééducation périnéale à proprement dite et dix séances de rééducation abdominale. Le thérapeute (kinésithérapeute ou sage-femme) réalise un bilan complet de la patiente, afin d'établir le meilleur plan de traitement adapté à la patiente. Le bilan doit comprendre un interrogatoire afin de mettre en évidence les facteurs de risque et les symptômes de la patiente, un examen clinique comprenant une évaluation de la fonction périnéale, de l'équilibrage du pelvis, et de la tonicité des muscles du périnée et des abdominaux (puisqu'ils travaillent en collaboration pour le bon fonctionnement du maintien des viscères). Le thérapeute peut compléter ce bilan par un calendrier mictionnel afin d'établir la fréquence et le volume des mictions, de même que les fuites, le volume et la nature des boissons ingérées⁹.

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195448>, consulté le 31/10/18

⁹ <http://arrep.org/espace-patient/deroulement-d-une-seance-de-reeducation-du-perinee.html>, consulté le 01/11/18

4.2. Techniques de rééducation

Les techniques de rééducation sont nombreuses : la rééducation manuelle avec toucher vaginal et/ou anorectal, le biofeedback par le biais d'une sonde vaginale ou anale, l'électrostimulation avec sonde vaginale ou anale (contre-indiquée chez la femme enceinte), le traitement comportemental et les conseils d'hygiène de vie, et des techniques complémentaires comme la gymnastique abdominale non génératrice de pression, la rééducation de la posture, la relaxation et la thérapie manuelle pour rééquilibrer les articulations du bassin.

Selon la HAS (18), il est recommandé de combiner plusieurs techniques de rééducation pour une meilleure efficacité car l'association de plusieurs techniques permet de maximiser les résultats, de travailler à la fois la prise de conscience de la zone périnéale, la proprioception, le renforcement des muscles du plancher pelvien, et ce aussi bien en position couchée, assise, debout, ou en mouvement. Le but final étant de rendre la patiente consciente de l'importance de son plancher pelvien et de la préparer à le contracter en cas de besoin. Selon Deffieux et al (26) :

- Pour une IUE : association des exercices de contraction volontaire couplés ou non au biofeedback et une électrostimulation.
- Pour une IUU : combinaison d'une prise en charge cognitivo-comportementale, d'exercices de contraction volontaire et d'une électrostimulation.
- Pour une IUM : association des précédentes techniques.

La rééducation pelvi-périnéale en post-partum peut être réalisée par une sage-femme qui s'occupe de la préparation à l'accouchement, de l'accouchement, et du post-partum immédiat. À partir de la sixième semaine post-partum (après la consultation post-natale), le médecin peut prescrire des séances de masso-kinésithérapie périnéale puis abdominale.

4.3. La rééducation périnéale pré-partum en France et dans le monde

Malgré le fait que la rééducation périnéale soit reconnue dans le monde entier comme une spécificité française et que de nombreuses formations proposent des cours sur la prise en charge périnéale prénatale, aucune recommandation n'a été établie par les sociétés savantes françaises concernant la rééducation périnéale prénatale.

Cependant, une ligne directrice de pratique clinique a été rédigée par le Guidelines Consensus Panel, revue par la Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada's (SOGC) ainsi que par le Maternal Fetal Medicine and Guideline Management and Oversight Committees, et approuvée par le conseil d'administration de la SOGC et celui de la Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP). (27) Parmi les six recommandations de l'édition 2019 des Directives canadiennes en matière d'activité physique pendant la grossesse, la cinquième fait référence aux exercices de renforcement du plancher pelvien à réaliser dans le but de prévenir le risque d'incontinence urinaire.

5. Prévention

5.1. Définition selon la HAS¹⁰

« La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ; sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence. »

5.2. Qu'en est-il de la prévention des incontinences aujourd'hui ?

Selon la revue Cochrane « *Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women* » (28), les résultats sont probants et montrent une réelle amélioration de la qualité de vie des patientes. De plus, les bénéfices de l'entraînement des muscles du plancher pelvien est clairement montré : il améliore voire guérit les symptômes de toutes les formes d'incontinence urinaire. Grâce à cet entraînement, le nombre d'épisodes et la quantité de fuites urinaires diminuent.

D'après la revue Cochrane de 2017 « *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women* » (25), les femmes enceintes qui ont effectué un programme d'exercices de renforcement du plancher pelvien présentaient moins de risque de développer une incontinence urinaire en fin de grossesse. Ces exercices prénataux ont permis de diminuer le risque d'incontinence urinaire jusqu'à 6 mois après l'accouchement, mais pas au-delà.

Le massage prénatal des muscles du plancher pelvien et du noyau fibreux central aide au relâchement des muscles, ce qui est bénéfique pour l'accouchement et le passage du bébé. D'après une revue Cochrane de 2013 sur le massage périnéal anténatal (29), bien que les femmes ayant déjà eu un enfant auparavant rapportent une diminution des douleurs après l'accouchement, et que le massage diminue le nombre d'épisiotomie ainsi que le nombre de sutures, celui-ci n'a pas d'impact réel sur la diminution des incontinences urinaires post-partum.

¹⁰ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention consulté le 01/11/2018

6. Démarche réflexive

Au vu des éléments présentés ci-dessus, la préparation préalable du corps de la femme enceinte apparaît essentielle afin de mieux vivre la grossesse, l'accouchement, et le post-partum. Le Canada recommande de faire des exercices de renforcement du plancher pelvien pendant la grossesse. Alors pourquoi existe-t-il des recommandations françaises sur le postpartum, mais aucune sur la rééducation périnéale prénatale ?

La question qui se pose est :

Quels sont les freins au développement de la kinésithérapie pelvi-périnéale prénatale en France ?

Parmi les hypothèses principales envisageables :

- Il y aurait un manque de formation initiale des kinésithérapeutes eux-mêmes qui ne sauraient pas quel plan de traitement préventif proposer aux patientes.
- Les médecins ne seraient pas informés du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes.
- Les femmes seraient plus investies dans la prévention des troubles du plancher pelvien après une grossesse car elles se sentiraient plus concernées par le sujet.

Au-delà de ces hypothèses principales, des sous-hypothèses peuvent également expliquer que la kinésithérapie périnéale prénatale ne soit pas développée en France :

- Comme les sages-femmes font déjà partie du parcours de soins de la femme enceinte et qu'elles pratiquent la préparation prénatale, les kinésithérapeutes ne savent pas qu'ils sont également habilités à le faire ou n'osent pas en faire.
- Par manque de recommandations officielles les professionnels de santé s'abstiennent de faire de la prévention périnéale prénatale.

7. Méthodologie de recherche

7.1. Choix de la méthode

Afin de faire ressortir les freins au développement de la kinésithérapie périnéale prénatale, le format « questionnaire » a été privilégié par rapport au format « entretien » pour cibler un plus grand nombre de professionnels et ainsi faire une enquête la plus large possible des pratiques actuelles en France (métropole et outre-mer). L'échantillon des entretiens est plus restreint et les résultats ne sont pas aussi représentatifs de la population totale. Néanmoins si le questionnaire n'est pas suffisamment préparé, il peut entraîner des biais dans les réponses, et fausser le résultat. La rédaction, l'ordre, le sens, la formulation, ou encore la pertinence des questions requiert donc une attention particulière.

Selon Vilatte (30), « *le questionnaire est une méthode de recueil d'informations mise en place afin d'expliquer et de comprendre des faits. Contrairement à l'entretien et à l'observation qui sont des méthodes individuelles ou collectives, le questionnaire est une méthode seulement collective. En effet, c'est la quantité d'éléments collectés qui confère au questionnaire sa validité et qui permet aux données d'être jugées authentiques.* »

Le questionnaire est ainsi une méthode d'analyse objective des informations : le but est de mettre en évidence les comportements et les opinions des personnes interrogées, de les décrire, les mesurer, les comprendre et les interpréter¹¹. Cela permet d'obtenir des données statistiques exploitables et analysables.

Une fois le choix du questionnaire comme méthodologie de recherche fait, l'étape suivante est le choix de la population cible.

7.2. Population cible

Plusieurs professionnels de santé sont concernés par la prévention des troubles du plancher pelvien chez la femme enceinte : les médecins prescripteurs (généralistes et gynécologues-obstétriciens), les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes.

Pour comprendre les freins au développement de la kinésithérapie périnéale prénatale, le plus efficace est de questionner les pratiques actuelles des masseurs-

¹¹ <https://www.expertmemoire.com/questionnaire-memoire/> consulté le 29/12/2018

kinésithérapeutes. Comme le sujet est la prévention primaire des troubles du plancher pelvien, les kinésithérapeutes non spécialisés en pelvi-périnéologie ont été invités à répondre, à l'instar de leurs confrères spécialisés dans le domaine. Il semble pertinent d'interroger les sages-femmes, avec qui les masseurs-kinésithérapeutes partagent la possibilité de faire des séances de rééducation périnéo-sphinctérienne. Les sages-femmes ont entre autres un rôle dans la préparation à l'accouchement et dans le suivi post-partum immédiat de la femme et de son enfant. Actuellement les sages-femmes sont en accès direct dans le parcours de soins des femmes enceintes : un entretien post-natal (réalisé en deux séances remboursées) par une sage-femme est proposé aux femmes, généralement entre le huitième et le quinzième jour après l'accouchement¹². À l'inverse, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent exercer que sur prescription médicale.

C'est pour cette raison que la décision a été prise de diffuser un questionnaire auprès des médecins. La question qui s'est posée était à quels médecins envoyer le questionnaire ? Les femmes enceintes sont suivies par leur gynécologue-obstétricien pendant la durée de la grossesse, mais elles peuvent aussi être amenées à consulter leur médecin généraliste pour tout motif, qu'il concerne la grossesse ou non. Puisque la prévention primaire intervient en amont de la maladie, interroger les médecins généralistes s'est imposé, car ils sont au plus proche de leurs patients. Une autre catégorie de médecins a été visée, à savoir les internes en médecine, afin de définir leurs connaissances sur la rééducation périnéale, et ainsi déterminer l'évolution des pratiques et des cours dispensés par rapport à leurs aînés.

Au total, trois questionnaires ont été réalisés et envoyés à destination des masseurs-kinésithérapeutes (spécialisés en uro-gynécologie ou non), des médecins (internes, généralistes et gynécologues) et des sages-femmes (respectivement **Annexes II, III et IV**).

¹² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1729194/fr/sortie-de-maternite-preparez-votre-retour-a-la-maison document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes consulté le 12/02/2019

7.3. Réalisation des questionnaires

7.3.1. Logiciel utilisé et paramétrage

La réalisation de ces questionnaires s'est faite grâce à l'outil de sondage professionnel LimeSurvey, mis à disposition par l'Université de Bretagne Occidentale. C'est avant tout un outil de création de questionnaires en ligne. Il possède de nombreuses fonctionnalités, allant des paramètres les plus classiques jusqu'aux fonctionnalités les plus avancées.

Les paramétrages sont une partie importante du questionnaire, afin de bien guider celui qui complète ses réponses au fur et à mesure. L'écran de bienvenue affiche une petite introduction, indiquant les références de la personne qui réalise le questionnaire, dans quel cadre est effectuée cette enquête et dans quel but. Dans cette partie il est primordial d'assurer le respect de l'anonymat des répondants. Le logiciel LimeSurvey propose dans ses paramètres la fonction « réponses anonymisées » et inscrit automatiquement lorsqu'elle est cochée une remarque sur la protection de la vie privée.

Il est important de préciser le temps que prend le questionnaire et de remercier les répondants pour le temps consacré à l'enquête : de manière générale plus un sondage est court plus le taux de réponses est élevé. Ici les questionnaires contiennent entre 16 et 18 questions avec cinq questions de généralités, rapides à compléter.

Pour que le répondant ne prenne pas trop de temps pour répondre aux questions il est préférable de limiter les questions ouvertes. Toutefois les questions fermées peuvent parfois être trop fermées justement et ne pas retransmettre avec fidélité la pensée du répondant. Pour pallier ce problème il est important de donner plusieurs possibilités de réponses à cocher pour une même question et ainsi éviter trop de réponses « autre ».

Concernant la présentation et la navigation du questionnaire en ligne, le retour en arrière est autorisé afin de permettre aux personnes interrogées de modifier une réponse s'ils en ressentent le besoin, mais ils ne peuvent pas s'interrompre totalement et y revenir plus tard. Cela permet d'éviter les oublis et d'avoir un questionnaire incomplètement rempli. De plus une fois le questionnaire rempli, il n'est pas possible d'enregistrer une autre réponse.

Une barre de progression est affichée en haut du questionnaire pour estimer l'avancée de remplissage du questionnaire, mais le nombre de questions n'est pas indiqué : le but est de ne pas décourager le répondant.

Après avoir effectué tous ces réglages vient le temps de rédaction des questions, primordial pour avoir des résultats exploitables.

7.3.2. Rédaction des questions

La réalisation d'un questionnaire implique le respect de plusieurs étapes : tout d'abord définir des objectifs précis et une question d'étude, formuler des hypothèses, mettre en forme le questionnaire, puis le faire tester avant de le diffuser (la population cible ayant déjà été déterminée).

Avant de se lancer, le but de l'enquête doit être mis en évidence. Ici l'objectif est d'apporter un début de réponse à la problématique qui est « quels sont les freins au développement de la kinésithérapie périnéale prénatale ? ». Les différents questionnaires doivent permettre de comprendre les pratiques actuelles concernant la prévention des troubles du plancher pelvien chez les femmes enceintes. Les hypothèses émises plus haut sont la clé pour la rédaction des questions, chacune d'entre elles guide l'écriture des questions : ainsi les informations tirées des questions valideront ou non nos hypothèses.

Le questionnaire à l'intention des masseurs-kinésithérapeutes vise à en apprendre davantage sur la formation initiale reçue, s'ils ont dû compléter leurs connaissances par une ou plusieurs formations complémentaires (sur la rééducation périnéale, sur la prise en charge de la femme enceinte et de ses particularités, etc.) et savoir s'ils font de la rééducation post-partum uniquement ou de l'éducation pré-partum aussi, et si oui ce qu'ils proposent.

Pour les médecins il s'agit de savoir s'ils sont au courant des compétences des kinésithérapeutes, de savoir s'ils prescrivent des séances de préparation à l'accouchement / préparation du périnée avant l'accouchement à leur patiente et à quel(s) professionnel(s).

Pour les sages-femmes, le questionnaire est plutôt orienté sur le partage des compétences entre les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes et les questionner éventuellement sur un partage de connaissances sur les pratiques et l'éducation thérapeutique, pour ainsi enrichir la prise en charge des femmes enceintes au cours de leur grossesse.

Tout en gardant ces objectifs en tête, il est essentiel de prendre conscience que l'enchaînement des questions a autant d'importance que les énoncés : ici le fil

conducteur est dit « en entonnoir », partant des questions généralistes pour mettre en confiance le répondant, pour aller vers les questions spécifiques au thème du questionnaire.

Afin de guider le répondant, il est recommandé de répartir les questions par thème. Chaque questionnaire comporte ainsi les quatre parties suivantes : « généralités », « parcours de formation et pluridisciplinarité », « moyens de rééducation et recommandations » et « prévention ».

7.3.2.1. Partie A : « Généralités »

Dans la partie « généralités » les questions interrogent le sexe, l'âge, la durée d'exercice professionnel, la ville d'exercice et l'école ou l'université de formation initiale. Le but est de déterminer la population de professionnels plus concernée par la prévention des troubles du plancher pelvien. L'école ou l'université d'origine de la personne peut apporter des informations sur des tendances géographiques, tout comme le lieu d'exercice. La suite logique est d'interroger les répondants sur le contenu de leur formation, dans la partie suivante.

7.3.2.2. Partie B : « Parcours de formation et pluridisciplinarité »

Dans cette partie l'objectif est de déterminer si les différents professionnels ont reçu une formation à proprement parler dans le domaine de la rééducation pelvi-périnéale ou s'ils ont uniquement reçu une information à ce sujet. Pour les kinésithérapeutes et les sages-femmes, une question porte sur la formation continue : le but est de déterminer si la formation initiale est suffisante ou s'il est nécessaire de compléter les cours reçus par une formation après obtention du diplôme d'état. Si oui, il est intéressant de connaître quelle(s) formation(s) est(sont) privilégiée(s).

À ce moment du questionnaire est abordé la question de la pratique de la rééducation périnéale spécifique aux femmes enceintes dans l'exercice professionnel. Si les participants répondent « post-natale », « anténatale » ou « les deux », la question suivante aborde la collaboration entre professionnels de santé pour déterminer qui travaille avec qui. Si les sondés répondent « aucune », la question suivante interroge sur le désir de faire partie d'un réseau ou non. L'idée d'un réseau serait de faciliter les

échanges entre professionnels mais également de savoir qui peut prendre en charge les femmes enceintes. Il serait alors plus simple et rapide de rediriger les patientes vers des professionnels formés.

Chacun des professionnels est interrogé sur le champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes et/ou des sages-femmes, à savoir est-ce que chacun connaît le champ de compétences de l'autre. Les médecins sont interrogés sur la prescription de séances de rééducation périnéale pour les femmes enceintes, dans le cadre spécifique des troubles du plancher pelvien. Ils doivent indiquer si oui ou non ils prescrivent ces séances, et à quel professionnel de santé.

Cette partie vise à connaître les habitudes de prescription des médecins, mais également le lien entre les différentes professions, le travail en collaboration, pour allier les compétences de chacun et offrir des soins de qualité aux femmes enceintes.

7.3.2.3. Partie C : « Moyens de rééducation et recommandations »

Les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes doivent ici répondre à des questions sur leurs pratiques, sur les moyens de rééducation qu'ils utilisent au quotidien pour la rééducation périnéale, que ce soit avec les femmes enceintes ou les autres patients.

Les médecins quant à eux doivent indiquer quels moyens de rééducation ils connaissent. Plusieurs propositions sont possibles, allant de la rééducation manuelle à la rééducation avec sonde (biofeedback et électrostimulation), avec la possibilité de rajouter une réponse si besoin.

La seconde question concerne ensuite leurs connaissances sur les recommandations concernant la prise en charge des incontinences urinaires dans le cadre du post-partum et/ou du pré-partum. Cette question est primordiale pour faire le lien avec les données actuelles de la science. Les recommandations françaises sur le post-partum sont bien établies alors que celles du pré-partum ne sont pour l'heure pas à l'ordre du jour. Les professionnels peuvent toujours s'appuyer sur les dernières études, ou sur leur expérience professionnelle, sans pour autant s'assurer de leur bonne pratique.

7.3.2.4. Partie D : « Prévention »

La quatrième et dernière partie du questionnaire aborde le cœur du sujet, à savoir la prévention périnéale prénatale. Le but est de faire l'état des lieux des pratiques actuelles, de savoir quelle proportion de masseurs-kinésithérapeutes, de sages-femmes et de médecins est sensibilisée à la prévention du plancher pelvien pendant la grossesse. Au-delà de ça, le but est d'établir la proportion de professionnels de santé pratiquant actuellement la prévention périnéale au cours de la grossesse.

Si la réponse est positive, les répondants doivent préciser par quel(s) moyen(s) ils font de la prévention : information orale, affiche, prospectus, schémas réalisés devant la patiente, séances de rééducation (ou prescription de séance par les médecins). Ils ont la possibilité d'ajouter une réponse dans la catégorie « autre » pour plus de précision.

En revanche, si la réponse est négative ils doivent indiquer pourquoi ils ne le font pas. Différentes réponses sont possibles, telles que ne pas y penser, ne pas savoir quoi faire, ne pas avoir le temps, ne pas être formé pour le faire ou encore ne pas en voir l'intérêt pour la patiente. Cette liste est non exhaustive mais elle regroupe les grandes réponses collectées au cours de discussions et lors de la phase de pré-test.

L'ultime question interroge les participants sur un premier pas vers la prévention : sont-ils prêts à mettre à disposition dans leur cabinet des affiches, prospectus ou autre, au sujet de la prévention périnéale prénatale. Le but de ce questionnaire est d'engager un début de réflexion sur les pratiques des professionnels, et savoir s'ils seraient prêts à faire avancer la prévention dans ce domaine.

7.4. Diffusion des questionnaires

7.4.1. Phase de pré-test

Afin de vérifier la bonne compréhension des questions et la cohérence générale du questionnaire, une phase de pré-test est primordiale. Dans ce cas, le questionnaire réservé aux masseurs-kinésithérapeutes a été testé par trois étudiants kinésithérapeutes, surtout pour la formulation des questions et des réponses proposées, et par trois kinésithérapeutes, pour vérifier la logique des questions et leur pertinence. Certaines questions ont ainsi été remodelées et réorganisées afin d'améliorer la fluidité de lecture, de même que la précision des questions et des réponses proposées.

Le questionnaire réservé aux sages-femmes a quant à lui été testé par cinq étudiantes en maïeutique, et le questionnaire pour les médecins a été testé par deux étudiants en sixième année de médecine.

Pour donner suite à cette phase de pré-test, les différents questionnaires ont été validés par le directeur de mémoire pour la diffusion.

7.4.2. Phase de diffusion

Afin de cibler le plus grand public possible, le choix a été fait de diffuser une partie des questionnaires par le biais de groupes spécifiques sur les réseaux sociaux. Pour les internes en médecine générale la diffusion s'est faite sur le groupe « Internes de Breizh » sur Facebook qui comptait 1357 membres au 29 octobre 2018. Ce lien a été obtenu avec une étudiante en sixième année de médecine à Brest en stage à ce moment-là dans un cabinet libéral de généralistes.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la diffusion s'est faite via le groupe Facebook « Le réseau des kinés » le 30 octobre 2018 après adhésion au groupe (plus de 34 000 membres au 2 janvier 2019).

Les médecins généralistes et médecins gynécologues ont été contactés par mail, et pour certains directement à leur cabinet.

Concernant les sages-femmes, le site internet de l'Ordre des Sages-Femmes fournit les coordonnées des sages-femmes libérales : en tout, 305 sages-femmes de cinq départements différents (Finistère, Côtes d'Armor, Morbihan, Ille-et-Vilaine et Loire Atlantique) ont été contactées. Sur les 305 mails, seules 222 adresses ont bien reçu le mail, les autres étant soit caduques soit erronées.

En résumé, 34 000 kinésithérapeutes, 222 sages-femmes et 1373 médecins (généralistes, internes en médecine générale et gynécologues confondus) ont eu la possibilité de répondre à l'enquête.

Cette phase de diffusion s'est étendue du 30 octobre 2018 au 13 février 2019, soit trois mois et demi de diffusion. À l'issue de cette date, le lien des différents questionnaires a été inactivé pour permettre le recueil des données et l'analyse des résultats.

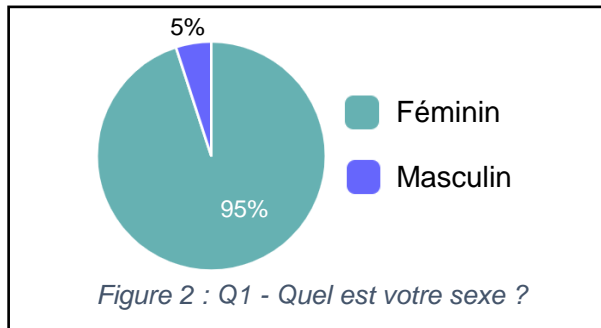
7.5. Exploitation des données

L'extraction des résultats bruts s'est faite grâce au logiciel Limesurvey et son algorithme. À la suite de cela, une analyse par profession a été réalisée, suivie d'une analyse croisée entre les trois professions. Celle-ci a permis de confirmer ou d'infirmier les hypothèses émises précédemment.

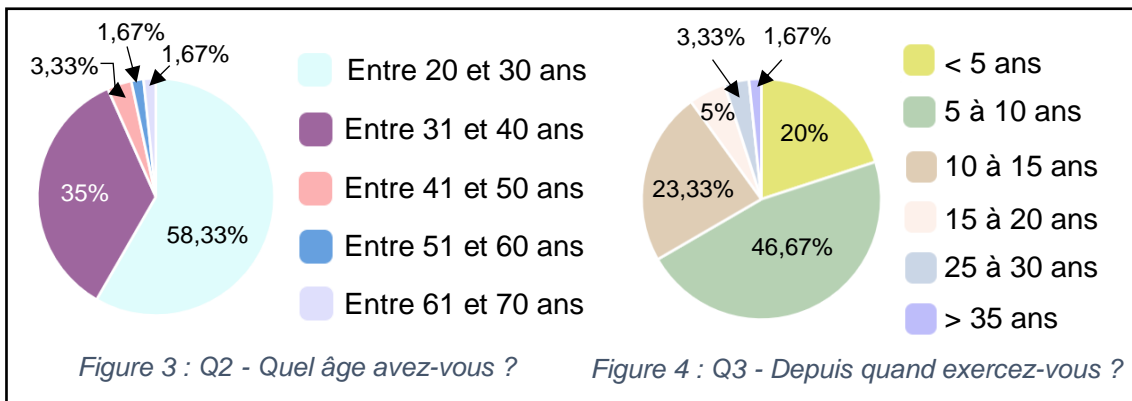
Enfin les résultats ont été confrontés à la littérature existante au sujet de la prévention des incontinences urinaires lors de la grossesse.

8. Recueil des données

8.1. Résultats du groupe masseurs-kinésithérapeutes

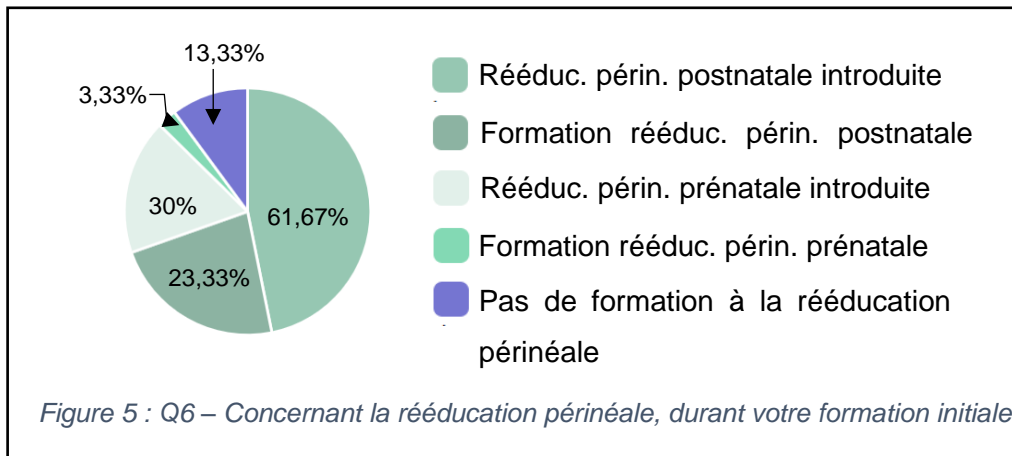


Au total, 80 masseurs-kinésithérapeutes sur les 34 000 potentiellement visés ont répondu au questionnaire. Sur ces 80 personnes, 20 ne sont pas allées jusqu'au bout du sondage : leurs réponses ne sont donc pas prises en compte dans le pourcentage total, pour ne pas fausser les résultats. L'analyse des résultats se fait donc sur un échantillon de 60 masseurs-kinésithérapeutes, dont 95% sont des femmes (cf. figure 2).



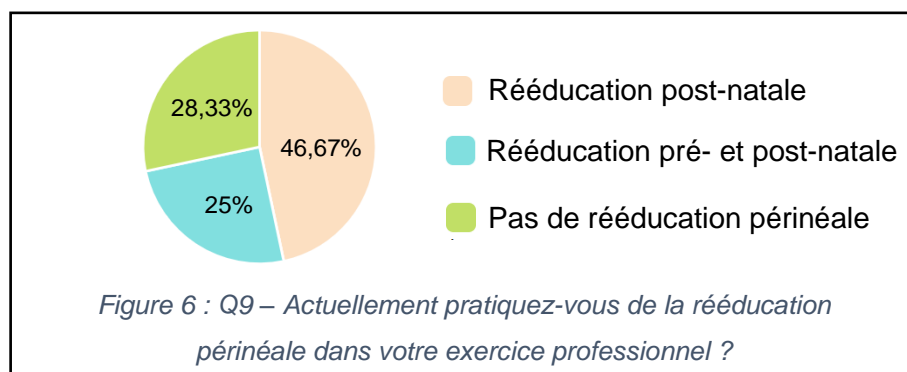
Plus de la moitié des répondants a entre 20 et 30 ans (58,33%), 35% entre 31 et 40 ans, 3,33% entre 41 et 50 ans, 1,67% ont entre 51 et 60 ans et 1,67% ont entre 61 et 70 ans (cf. figure 3). La plupart des répondants exercent depuis moins de 15 ans (46,67% entre 5 et 10 ans ; 23,33% entre 10 et 15 ans ; 20% depuis moins de 5 ans) (cf. figure 4).

Les 60 répondants exercent dans 42 départements différents (métropole et outre-mer) et ont étudié dans 22 IFMK (Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie) différents, dont certains en Belgique.



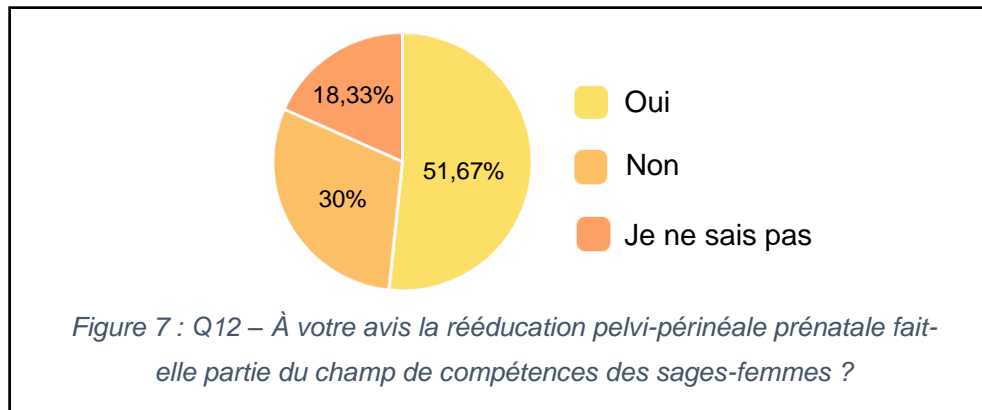
Pour 61,67% des sondés la rééducation périnéale post-natale leur a été introduite (évoquée, mais sans formation propre) lors de leur formation initiale contre 23,33% pour la rééducation périnéale prénatale. 13,33% n'ont pas eu de formation périnéale durant leur formation initiale. Parmi les sondés, 30% ont été formés à la rééducation périnéale post-natale et 3,33% ont été formés à la rééducation périnéale prénatale (cf. figure 5).

70% des répondants ont complété leur formation par une ou plusieurs formations continues dans le domaine de la rééducation périnéale. Parmi les formations les plus représentées : l'EIRPP (École Internationale de Rééducation du Plancher Pelvien) abordant entre autres la rééducation périnéale chez les femmes, les hommes et les enfants, ainsi que la kinésithérapie obstétricale ; l'IPPP (Institut de Pelvi-Périnéologie de Paris) avec les fondamentaux ou encore la kinésithérapie globale pré- et post-partum ; et le DU périnéologie de Lyon (Diplôme Universitaire). Au total, parmi les 42 personnes ayant fait une formation complémentaire, quatre ont précisé avoir fait de la rééducation pré-partum.



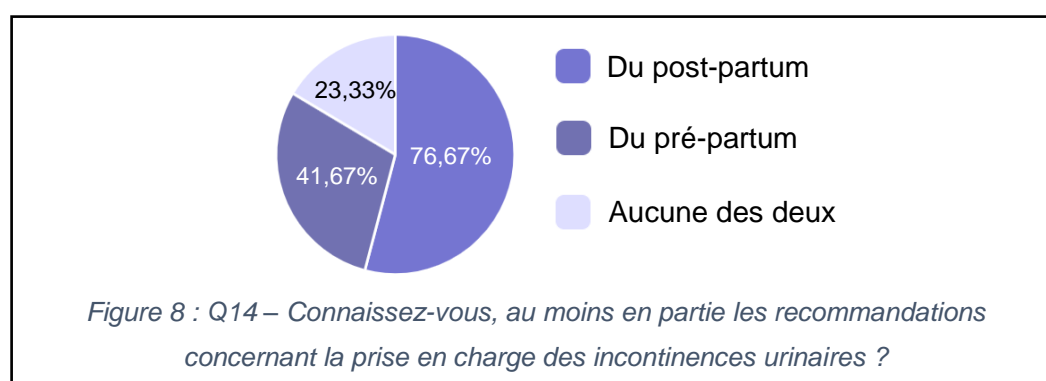
Parmi les 60 sondés, 46,67% pratiquent la rééducation périnéale post-natale, 25% font de la rééducation périnéale anténatale et post-natale tandis que 28,33% ne font pas du tout de rééducation périnéale. Aucun des sondés ne fait exclusivement de rééducation anténatale. (Cf. figure 6)

Au sujet de l'interdisciplinarité, 62,79% des sondés travaillent en collaboration avec des médecins généralistes, 60,47% avec des médecins gynécologues et 41,86% avec des sages-femmes. 25,58% disent ne travailler avec aucun de ces professionnels et 11,63% travaillent avec d'autres professionnels tels que les urologues, gastro-entérologues, chirurgiens, et ostéopathes. Un peu plus de la moitié des répondants qui ne travaillent pas en collaboration aimerait faire partie d'un réseau (53,57%) contre 46,43% qui ne veulent pas.

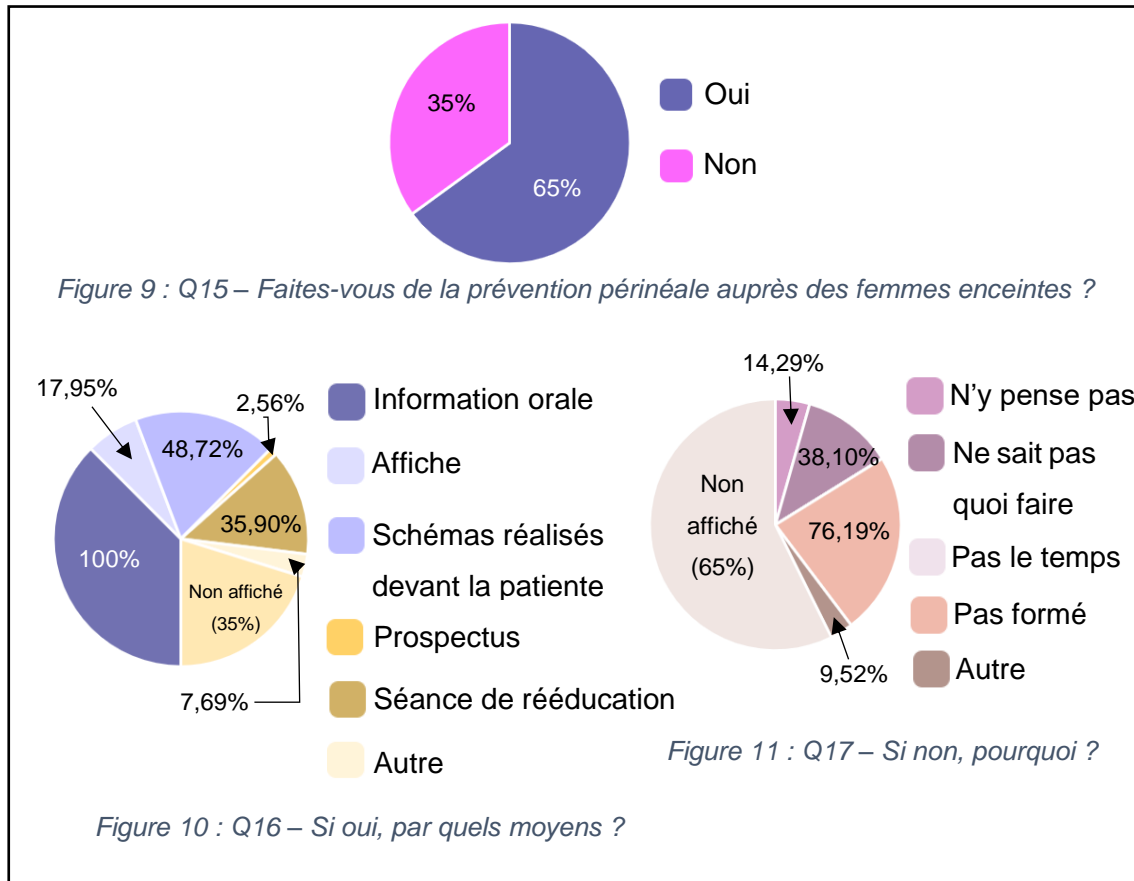


À la question du partage de compétences avec les sages-femmes, 51,67% des sondés pensent que la rééducation pelvi-périnéale prénatale fait partie du champ de compétences des sages-femmes alors que 30% pensent le contraire. 18,33% ne savent pas. (Cf. figure 7)

Concernant les moyens de rééducation utilisés, 75% des répondants faisant de la rééducation périnéale font de la rééducation dite « manuelle », 68,33% de la rééducation avec biofeedback et/ou électrostimulation, et 16,67% utilisent des ballonnets. 38,33% ont apporté une réponse supplémentaire : gymnastique abdominale hypopressive, thérapie manuelle, rééducation posturale et respiratoire, étirements, travail du transverse associé au travail périnéal, ou Pilates. Ceux qui ne pratiquent pas ont répondu dans « autre » qu'ils ne faisaient rien, qu'ils ne faisaient pas de rééducation périnéale ou qu'ils redirigeaient les patientes.



Si 23,33% des sondés ne connaissent aucune des recommandations sur le pré- ou le post-partum, 76,67% connaissent au moins en partie les recommandations du post-partum et 41,67% affirment connaître les recommandations du pré-partum au moins en partie. (Cf. figure 8)

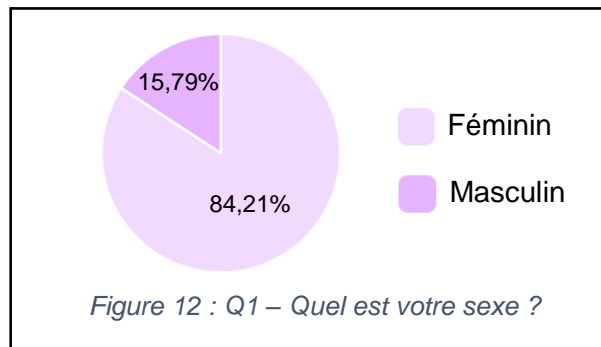


Parmi les 65% des sondés (cf. figure 9) qui disent faire de la rééducation périnéale prénatale, tous donnent une information orale aux femmes enceintes pour prévenir les incontinences urinaires, 17,95% utilisent un support type affiche, 48,72% réalisent ou utilisent des schémas qu'ils montrent à leurs patientes, et 2,56% utilisent des prospectus. 35,90% réalisent une ou plusieurs séances de rééducation périnéale et 7,69% proposent des séances de Pilates à leurs patientes (proposition « autre »). (Cf. figure 10)

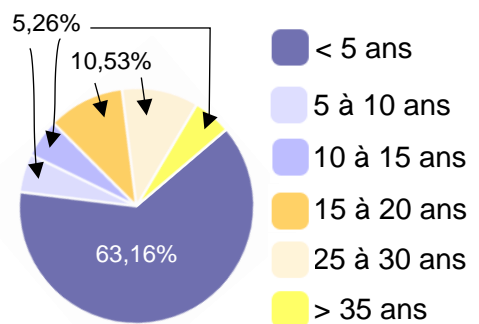
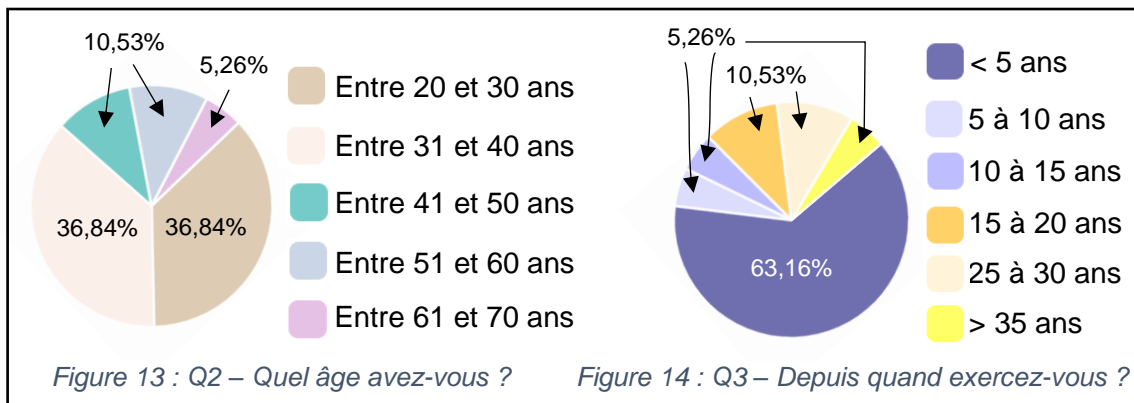
Parmi les 35% qui ne font pas de rééducation périnéale prénatale (cf. figure 9), 14,29% n'y pensent pas ; 38,10% ne savent pas quoi mettre en place concrètement ; et 76,19% jugent qu'ils ne sont pas formés pour le faire. 9,52% n'ont pas de patientes envoyées pour ce type de rééducation. (Cf. figure 11)

Pour finir, 98,33% des sondés se disent prêt à mettre des affiches ou prospectus à disposition dans leur cabinet au sujet de la prévention uro-génitale prénatale.

8.2. Résultats du groupe médecins



Au total, 42 médecins toutes spécialités confondues sur les 1380 potentiellement visés ont répondu au questionnaire mais seules 19 personnes ont répondu au questionnaire dans sa totalité. L'analyse des résultats se fait donc sur un échantillon de 19 médecins, dont 84,21% sont des femmes (cf. figure 12).



La répartition selon l'âge est de 36,84% pour les catégories « entre 20 et 30 ans » et « entre 31 et 40 ans » et de 10,53% pour les catégories « entre 41 et 50 ans » et « entre 51 et 60 ans ». 5,26% ont entre 61 et 70 ans (cf. figure 13). 63,16% des répondants exercent depuis moins de 5 ans ; 5,26% « entre 5 et 10 ans », « entre 10 et 15 ans » et « plus de 35 ans » ; 10,53% « entre 15 et 20 ans » et « entre 25 et 30 ans » (cf. figure 14). Tous les médecins contactés exercent dans le Finistère, principalement à Brest et ses environs. Ils ont tous fait leurs études à Brest sauf une personne qui a fait son internat à Paris.

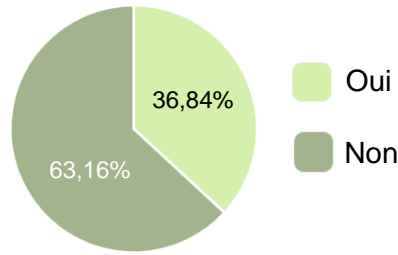


Figure 15 : Q6 – Avez-vous eu des cours sur la rééducation périnéale (avant et/ou après ECN) ?

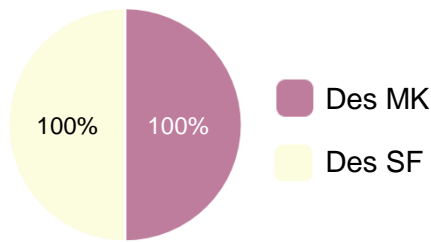


Figure 16 : Q7 – La rééducation périnéale fait partie du champ de compétences de :

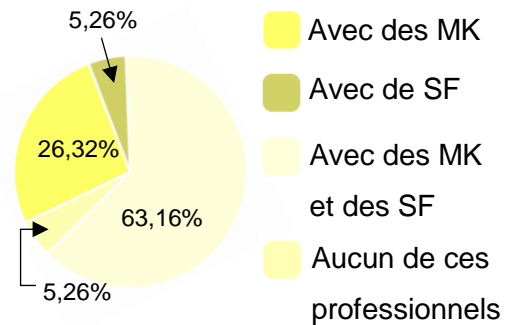


Figure 17 : Q8 – Travaillez-vous en collaboration avec :

63,16% des sondés déclarent ne pas avoir eu de cours sur la rééducation périnéale lors de leur formation, que ce soit avant ou après l'ECN (Examen Classant National) (cf. figure 15), mais 100% des médecins interrogés pensent que la rééducation périnéale fait partie du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes (cf. figure 16). 63,16% d'entre eux travaillent d'ailleurs en collaboration avec des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes alors que 26,32% des sondés ne travaillent qu'avec des masseurs-kinésithérapeutes et 5,26% qu'avec des sages-femmes (cf. figure 17). Un seul des répondants ne travaille avec aucun de ces professionnels mais aimerait faire partie d'un réseau composé de sages-femmes et de masseurs-kinésithérapeutes.

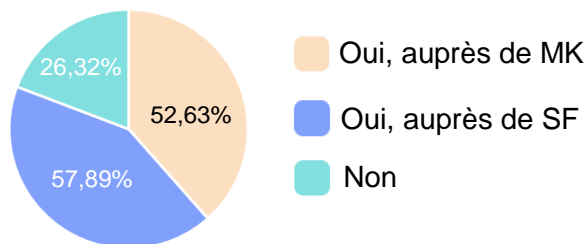
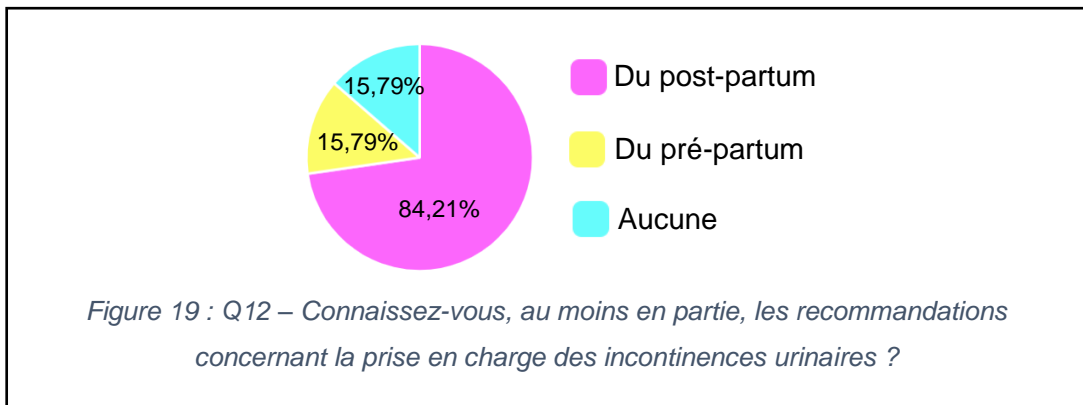


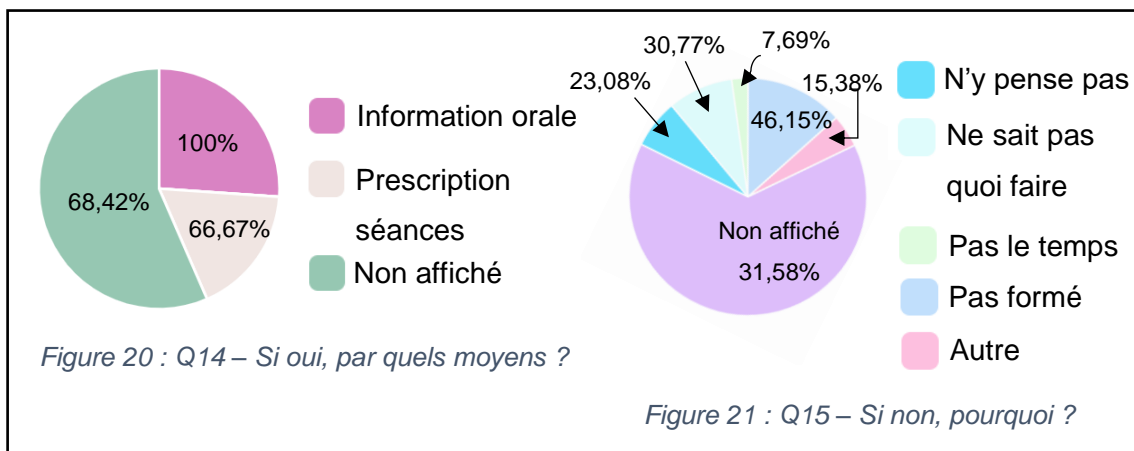
Figure 18 : Q10 – Prescrivez-vous de la rééducation périnéale prénatale aux femmes enceintes pour le traitement des troubles du périnée ?

En ce qui concerne la prescription, les réponses sont partagées (cf. figure 18) : 52,63% prescrivent de la rééducation périnéale prénatale aux femmes enceintes pour le traitement des troubles du plancher pelvien auprès des masseurs-kinésithérapeutes tandis que 57,89% le font auprès des sages-femmes. Les autres ne font pas de prescription pour ce type de rééducation.

Les médecins connaissent pour 68,42% d'entre eux les séances de rééducation en manuel et 89,47% les séances de biofeedback et/ou électrostimulation, chez un masseur-kinésithérapeute. Pour ce qui est de la rééducation avec une sage-femme, les médecins connaissent la rééducation manuelle et la rééducation avec biofeedback et électrostimulation pour respectivement 78,95% et 73,68%. 31,58% connaissent la rééducation avec ballonnet et 5,26% les exercices type « pipi stop ».



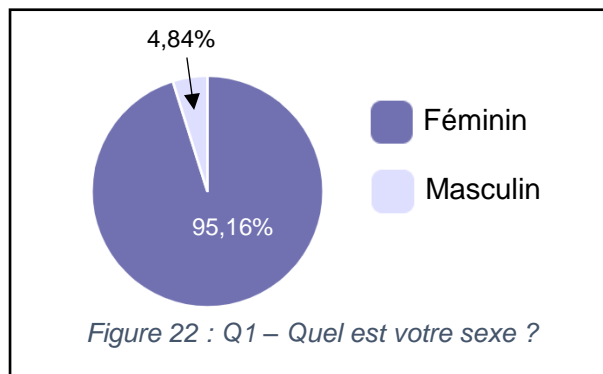
84,21% des médecins connaissent les recommandations du post-partum (même partiellement) ; 15,79% celles du pré-partum et 15,79% n'en connaissent aucune (cf. figure 19).



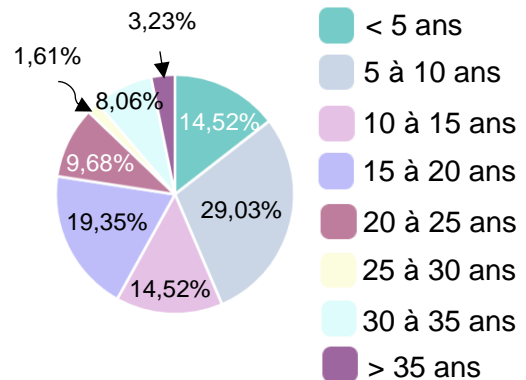
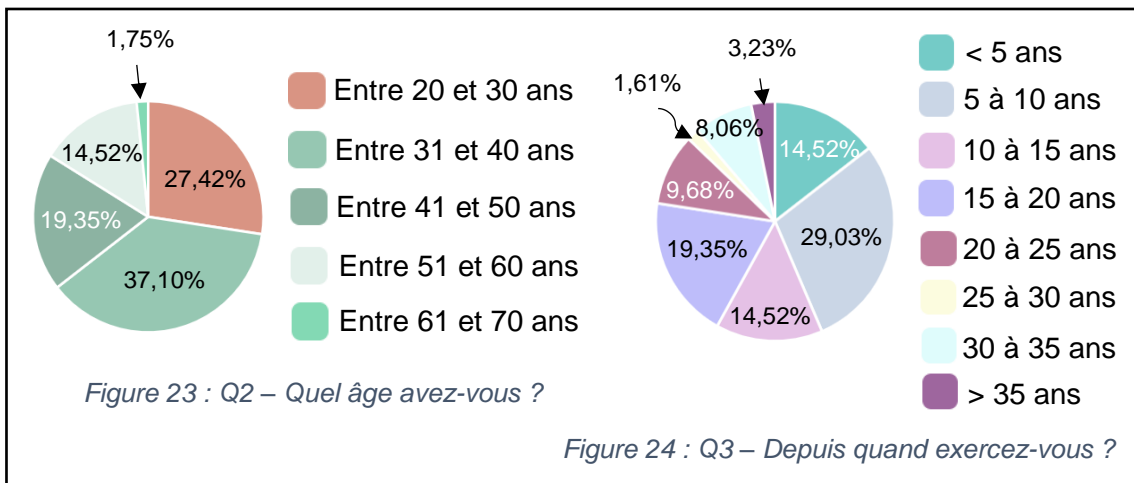
Seuls 31,58% font de la prévention périnéale prénatale, au moyen d'informations orales (100%) ou de prescription de séances de rééducation (66,67%) (cf. figure 20).

68,42% des sondés ne font pas de prévention périnéale prénatale car ils n'y pensent pas (23,08%), ils ne savent pas quoi faire (30,77%), ils n'ont pas le temps au cours des séances (7,69%) ou ils ne sont pas formés pour le faire (46,15%). Pour 15,38% ils n'en font pas car les femmes enceintes sont vues par d'autres professionnels (gynécologues ou sages-femmes) (cf. figure 21). Toutefois 94,74% des 19 répondants sont prêts à mettre des affiches ou prospectus d'informations à disposition dans leur cabinet au sujet de la prévention des troubles du plancher pelvien chez la femme enceinte.

8.3. Résultats du groupe sages-femmes



Au total, 68 sages-femmes sur les 222 potentiellement visés ont répondu au questionnaire, dont 62 ont répondu dans sa totalité. L'analyse des résultats se fait donc sur un échantillon de 62 sages-femmes, dont 95,16% sont des femmes (cf. figure 22).

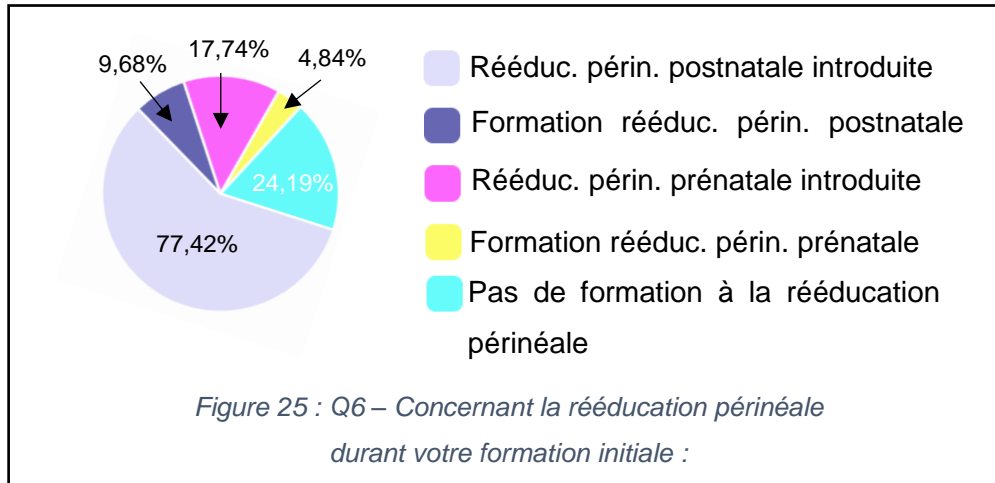


37,10% des sondés ont entre 31 et 40 ans ; 27,42% ont entre 20 et 30 ans ; 19,35% entre 41 et 50 ans ; 14,52% entre 51 et 60 ans ; 1,75% entre 61 et 70 ans (cf. figure 23).

14,52% des sages-femmes exercent depuis moins de 5 ans ; 29,03% depuis 5 à 10 ans ; 14,52% depuis 10 à 15 ans ; 19,35% depuis 15 à 20 ans, 9,68% depuis 20 à 25

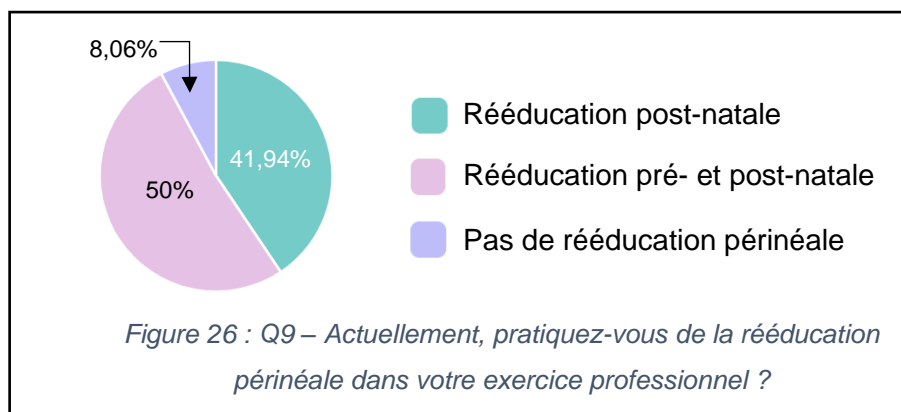
ans ; 1,61% depuis 25 à 30 ans ; 8,06% depuis 30 à 35 ans et 3,23% depuis plus de 35 ans (cf. figure 24).

Les 62 sages-femmes exercent dans cinq départements différents (Finistère 19,35% ; Côtes d'Armor 11,29% ; Morbihan 6,45% ; Ile-et-Vilaine 25,81% ; Loire-Atlantique 37,10%) et ont étudié dans 21 écoles différentes.



Pour 77,42% des sondés la rééducation périnéale post-natale leur a été introduite (évoquée, mais sans formation propre) lors de leur formation initiale contre 17,74% pour la rééducation périnéale prénatale. 24,19% n'ont pas eu de formation périnéale durant leur formation initiale. Parmi les sondés, 9,68% ont été formés à la rééducation périnéale post-natale et 4,84% ont été formés à la rééducation périnéale prénatale (cf. figure 25).

79,03% des répondants ont complété leur formation par une ou plusieurs formations continues dans le domaine de la rééducation périnéale. La formation qui revient le plus souvent est la CMP (Connaissance et Maîtrise du Périnée), suivie par les formations De Gasquet, Medic formation et formation Eutonie. 3 sages-femmes ont explicitement écrit qu'elles avaient eu une formation sur la rééducation périnéale prénatale.

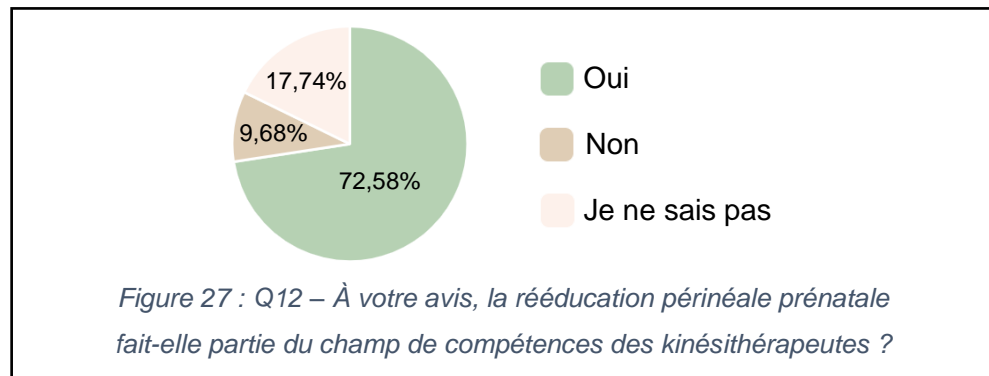


Parmi les 62 sondés, 41,94% pratiquent la rééducation périnéale post-natale, 50% font de la rééducation périnéale anténatale et post-natale tandis que 8,06% ne font pas

du tout de rééducation périnéale. Aucun des sondés ne fait exclusivement de rééducation anténatale (cf. figure 26).

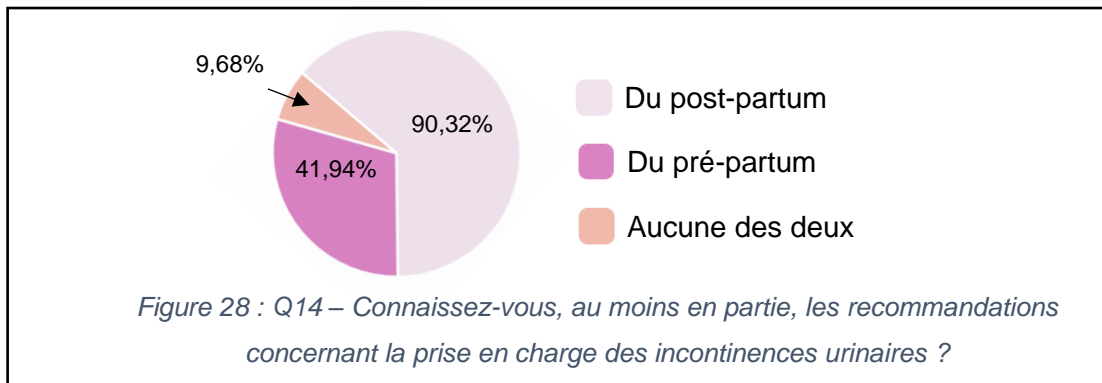
Au sujet de l'interdisciplinarité, 78,95% des sondés travaillent en collaboration avec des médecins généralistes, 73,68% avec des médecins gynécologues, 54,39% avec des masseurs-kinésithérapeutes tandis que 5,26% disent ne travailler avec aucun de ces professionnels (la moitié de ces personnes souhaiterait faire partie d'un réseau). 28,07% travaillent avec d'autres professionnels : 56,25% de ces personnes travaillent en collaboration avec des ostéopathes, 31,25% avec des urologues et 18,75% avec des collègues sages-femmes (hospitalières ou libérales).

Parmi les répondants qui ont affirmé ne pas pratiquer de rééducation périnéale et ceux qui ne travaillent pas en collaboration avec d'autres professionnels de santé, la moitié est en faveur de la mise en place de réseau, et l'autre moitié ne l'est pas.

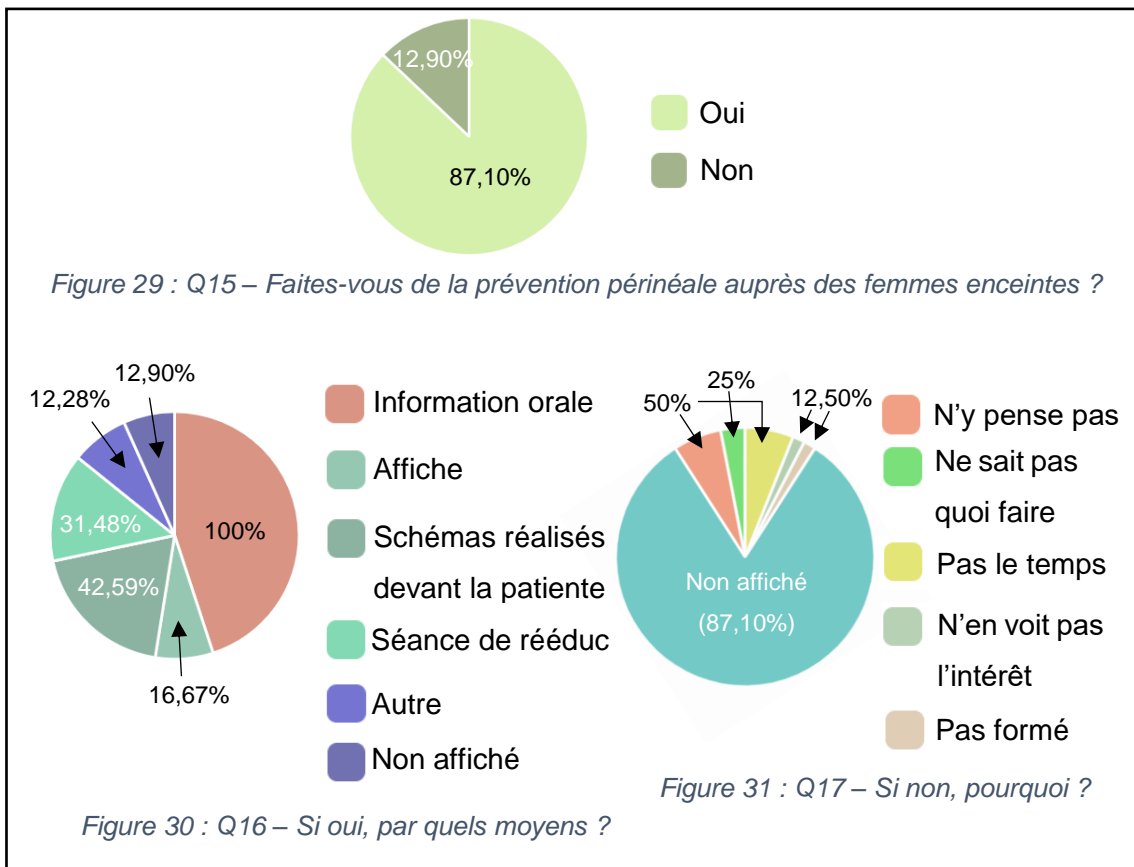


À la question du partage de compétences avec les masseurs-kinésithérapeutes, 72,58% des sondés pensent que la rééducation pelvi-périnéale prénatale fait partie du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes alors que 9,68% pensent le contraire. 17,74% ne savent pas (cf. figure 27).

Concernant les moyens de rééducation utilisés, 90,32% des répondants faisant de la rééducation périnéale font de la rééducation dite « manuelle », 45,16% de la rééducation avec biofeedback et/ou électrostimulation, et 1,61% utilisent des ballonnets lors des séances. 38,71% ont apporté une réponse supplémentaire : eutonnie, exercices respiratoires, ostéopathie intra-pelvienne, travail corporel global, sophrologie, méthode Guillaume, yoga, gymnastique abdominale hypopressive.



Si 9,68% des sondés ne connaissent aucune des recommandations sur le pré- ou le post-partum concernant la prise en charge des incontinences urinaires, 90,32% connaissent au moins en partie les recommandations du post-partum et 41,94% affirment connaître les recommandations du pré-partum au moins en partie (cf. figure 28).



Parmi les 87,10% des sondés qui disent faire de la rééducation périnéale prénatale (cf. figure 29), la totalité des répondants donne une information orale aux femmes enceintes pour prévenir les incontinences urinaires, 16,67% utilisent un support type affiche, 42,59% réalisent ou utilisent des schémas qu'ils montrent à leurs patientes, et 31,48% réalisent une ou plusieurs séances de rééducation périnéale. 12,28% proposent de travailler la respiration, des postures ou la prise de conscience périnéale à leurs

patientes, en plus d'une séance spécifique lors de la préparation à la naissance (*cf. figure 30*).

Parmi les 12,90% qui ne font pas de rééducation périnéale prénatale (*cf. figure 29*), 50% n'y pensent pas ; 25% ne savent pas quoi mettre en place concrètement ; 50% n'ont pas le temps au cours des séances ; 12,50% n'en voient pas l'intérêt et 12,50% ne sont pas assez formés (*cf. figure 31*).

Pour finir, 90,32% des sondés se disent prêt à mettre des affiches ou prospectus à disposition dans leur cabinet au sujet de la prévention uro-génitale prénatale.

9. Analyse des résultats

Après extraction des données brutes, les résultats ont été analysés par profession. Enfin une analyse croisée entre les trois professions a été réalisée.

9.1. Analyse par profession

9.1.1. Masseurs-kinésithérapeutes

Plusieurs éléments ressortent des résultats du questionnaire destiné aux masseurs-kinésithérapeutes.

Le premier fait le plus marquant est que la quasi-totalité des sondés est de sexe féminin. Selon l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2017)¹³, en France 49,85% des 85 223 masseurs-kinésithérapeutes sont des femmes. Or les femmes sont ici largement représentées, mettant en relief deux explications : premièrement les femmes sont plus nombreuses à exercer la rééducation périnéale, deuxièmement elles sont plus sensibilisées au sujet de la grossesse et de l'accouchement et ont donc majoritairement répondu au questionnaire.

Ensuite, la tranche d'âge des participants se trouve principalement entre 20 et 30 ans, et 31 et 40 ans, ce qui est corrélé avec les données de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes¹² qui montre une pyramide des âges sur laquelle les kinésithérapeutes de ces tranches d'âge sont les plus nombreux. Il est donc logique qu'ils aient le plus répondu à l'enquête, d'autant plus que la diffusion s'est faite sur les réseaux sociaux et que cette population utilise beaucoup ce mode de communication. De plus, ce sont des femmes qui ont répondu. Or la période entre 20 et 40 ans correspond à celle où les femmes donnent naissance à leurs enfants.

Concernant la formation initiale, les résultats révèlent que les kinésithérapeutes ayant répondu ont pour la plupart été formés ou du moins informés à la rééducation périnéale post-natale. En revanche ceux formés ou informés à la rééducation périnéale prénatale lors de leurs études sont beaucoup moins nombreux. Cela montre un manque dans la formation initiale, appuyé par les 13% de répondants n'ayant reçu aucune

¹³ http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf consulté le 10/03/2019

formation ni information sur le sujet ainsi que par les 70% qui affirment avoir complété leur cursus par des formations continues dans le domaine de la périnéologie.

Parmi les répondants, près de la moitié pratiquent de la rééducation périnéale post-natale mais aucun des sondés ne pratique exclusivement de la rééducation périnéale anténatale. Cela peut être mis en relief avec le manque de formation initiale qui n'incite pas les professionnels à pratiquer ce type de rééducation. De plus c'est une rééducation qui n'est pas encore développée et qui ne bénéficie pas de recommandations ce qui peut freiner le processus de développement. À ce sujet, il est à noter qu'environ 40% des sondés affirment connaître au moins en partie les recommandations du pré-partum ce qui signifie sans doute que ces professionnels de santé se documentent sur le pré-partum.

Le moyen de rééducation le plus utilisé est la méthode manuelle, suivie par la rééducation avec biofeedback et/ou électrostimulation, et enfin avec ballonnet. L'utilisation de la technique de Marcel Cauffriez « Gymnastique abdominale hypopressive » a été citée à plusieurs reprises dans la case autre, tout comme les étirements et le travail de la respiration. Bien que près de 36% des répondants utilisent ces techniques de rééducation en séance pour la prévention des incontinences urinaires pré-partum, les participants semblent privilégier les informations orales, la réalisation de schéma ou encore l'utilisation d'affiche pour illustrer leurs propos. Parmi les réponses des kinésithérapeutes qui ne font pas de rééducation périnéale prénatale, il ressort très nettement qu'ils ne se sentent pas formés pour le faire ou qu'ils ne savent pas quoi mettre en place concrètement, révélant ainsi un manque de formation initiale pour la plupart d'entre eux. Cela se confirme par la quasi-totalité des participants se disant favorables à l'installation d'affiches ou de prospectus dans leur cabinet sur ce thème.

Enfin, au sujet de l'interdisciplinarité et le partage des compétences, les avis sont divisés : la moitié des kinésithérapeutes pensent que la rééducation périnéale prénatale fait partie du champ de compétences des sages-femmes alors que le tiers pensent que non et le reste l'ignore. Pourtant 41% des répondants travaillent en collaboration avec des sages-femmes ce qui est une part plutôt importante. Plus de la moitié travaillent également avec des médecins généralistes et des médecins gynécologues. Un quart ne fait pas partie d'un réseau et une petite partie des kinésithérapeutes travaillent avec des urologues et ostéopathes. Cela irait dans le sens de la création de réseaux pour faciliter les échanges d'informations ainsi que les communications sur les patientes dans le cadre de leur suivi. Les réponses sont pourtant divisées entre ceux qui voudraient faire partie d'un réseau et ceux qui ne le souhaitent pas.

Ce qui ressort de l'analyse des résultats :

- Les kinésithérapeutes femmes ont été plus concernées par le sujet du questionnaire.
- Le manque de formation initiale semble être un frein à la pratique de cette spécialité.
- La quasi-totalité des répondants se dit prêt à proposer des affiches ou prospectus de prévention dans leur cabinet.

9.1.2. Médecins

D'après le Conseil de l'Ordre des médecins et son « *Atlas de la situation démographique médicale en France au 1^{er} janvier 2017* »¹⁴, 290 974 médecins sont recensés sur le territoire français (dont 13 907 en Bretagne et 4144 dans le Finistère). Ici seulement 19 médecins ont été interrogés, les résultats ne sont donc pas significatifs mais donnent une première tendance des pratiques des médecins sur le bassin brestois.

Selon cet Atlas démographique¹⁴, 42% des médecins en France en 2017 sont des femmes : ici elles sont plus largement représentées puisqu'elles représentent 84% des répondants au questionnaire. Cela va dans le sens d'un intérêt plus important des femmes pour ce sujet par rapport aux hommes. La majorité des répondants au questionnaire ont moins de 40 ans : cela s'explique par la diffusion des questionnaires qui s'est faite auprès des internes de Brest via les réseaux sociaux. En France les moins de 40 ans représentent seulement 15% des médecins (dont 62% de femmes dans cette catégorie d'âge).

Il ressort des réponses que les médecins interrogés n'ont pas reçu de cours sur la rééducation périnéale durant leur parcours de formation, mais qu'ils connaissent majoritairement les recommandations du post-partum (beaucoup moins les recommandations du pré-partum). Cependant ces lacunes dans leur cursus ne les empêchent pas de savoir que les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes peuvent faire de la rééducation périnéale. D'ailleurs, il est noté que les médecins travaillent en collaboration avec ces professions pour la moitié d'entre eux.

¹⁴https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf consulté le 14/03/19

Au sujet de rééducation périnéale prénatale, les médecins ont tendance à prescrire davantage auprès des sages-femmes que des masseurs-kinésithérapeutes (57,89% contre 52,63%). Les médecins étant visiblement informés du champ de compétences des deux professions, cela est sans doute dû au suivi actuel des femmes enceintes qui se fait par les médecins généralistes et/ou gynécologues et les sages-femmes. Pourtant, seuls 31,58% des médecins interrogés font de la prévention périnéale prénatale, le plus souvent au moyen d'informations orales ou de prescription de séances de rééducation. Ceux qui n'en font pas expriment le fait qu'ils ne sont pas formés pour le faire et ne savent pas quoi proposer à leurs patientes. Ils sont donc prêts pour la plupart à disposer des affiches dans leur cabinet pour pallier ce manque.

Ce qui ressort de cette analyse :

- Les médecins femmes ont été plus concernées par le sujet du questionnaire.
- Le manque de formation initiale ne semble pas être un frein à la prescription de séances de rééducation périnéale pendant la grossesse.
- Les médecins ont tendance à plus prescrire ces séances auprès des sages-femmes.
- La quasi-totalité des répondants se dit prêt à proposer des affiches ou prospectus de prévention dans leur cabinet.

9.1.3. Sages-femmes

Selon le Conseil de l'Ordre des sages-femmes¹⁵, 28 932 sages-femmes exercent en France au 1^{er} janvier 2017, dont seulement 2,6% d'hommes. Pour ce questionnaire, seules les sages-femmes de Bretagne et Pays de la Loire ont été contactées (respectivement 1312 et 1433 sages-femmes dont 222 ont reçu le questionnaire). 95% de femmes ont répondu au sondage, ce qui correspond bien à la démographie des sages-femmes sur le territoire.

Bien que l'âge moyen des sages-femmes en activité soit de 40,3 ans en France¹⁶, la répartition des âges des répondants sages-femmes est assez variée mais la catégorie des moins de 40 ans est tout de même légèrement plus représentée. Cela peut

¹⁵<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf> consulté le 14/03/19

¹⁶ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/> consulté le 14/03/19

s'expliquer comme précédemment par le fait que les femmes jeunes se sentent plus concernées par la prévention des troubles liés à la grossesse et à l'accouchement.

Concernant la formation initiale, les résultats rappellent ceux des kinésithérapeutes : les sages-femmes ont pour la majorité reçu une information sur la rééducation du post-partum mais moins sur la rééducation du pré-partum. Ceux qui ont été formés sont nettement moins nombreux, que ce soit pour le post-partum ou le pré-partum. Près d'un quart des sondés n'a reçu aucune information sur ce type de soins. De plus, 79% des sages-femmes se sont formées après l'obtention de leur diplôme : cela met en avant un manque dans la formation initiale à ce sujet.

Parmi les sondés, la moitié pratique de la rééducation périnéale post-natale et de la rééducation prénatale mais aucun des sondés ne pratique exclusivement de la rééducation périnéale anténatale. Les mêmes conclusions que pour les masseurs-kinésithérapeutes peuvent être faites : le manque de formation initiale n'incite pas les professionnels à pratiquer ce type de rééducation, et c'est une rééducation qui n'est pas encore développée (les répondants ont cité à trois reprises seulement une formation continue sur le pré-partum) et qui ne bénéficie pas de recommandations ce qui peut freiner le processus de développement. À ce sujet, il est à noter qu'environ 41,94% des sondés affirment connaître au moins en partie les recommandations du pré-partum ce qui signifie sans doute que ces professionnels de santé se documentent sur le pré-partum, à l'instar des masseurs-kinésithérapeutes.

Malgré leur connaissance des techniques de rééducation périnéale, seuls 31% des sondés font des séances de rééducation pour prévenir les incontinences urinaires pendant la grossesse. L'information orale est privilégiée, ainsi que l'utilisation de schémas réalisés devant la patiente. Il est noté ici que les sondés qui ne font pas de rééducation périnéale prénatale disent ne pas avoir le temps lors des séances et ne pas y penser. Le manque de formation n'apparaît pas essentiel à la lecture des résultats. Néanmoins, les sages-femmes interrogées se disent prêtes pour la plupart à mettre des affiches de prévention dans leur cabinet.

Les sages-femmes semblent globalement informées du champ de compétences des kinésithérapeutes concernant la rééducation périnéale prénatale. Sans doute car une grande partie travaille en collaboration avec les kinésithérapeutes. Concernant l'interdisciplinarité, les sages-femmes travaillent plus avec les médecins généralistes et médecins gynécologues qu'avec les urologues et les ostéopathes. Il peut être intéressant de créer des réseaux pour ceux qui n'en ont pas actuellement, mais la moitié

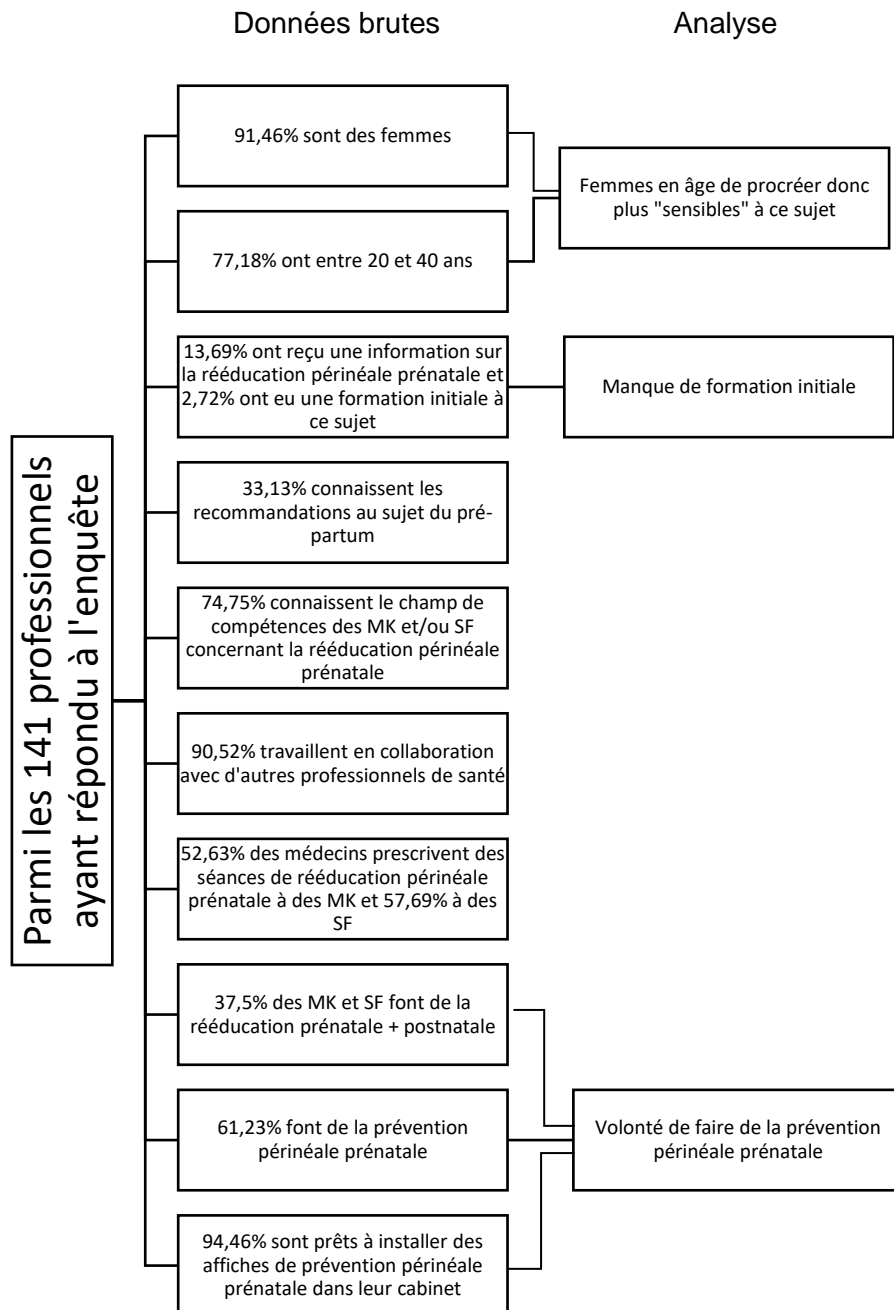
seulement souhaitent faire partie d'un réseau pour faciliter les échanges entre professionnels de santé.

Ce qui ressort de l'analyse des résultats du questionnaire des sages-femmes :

- Les sages-femmes femmes ont été plus concernées par le sujet du questionnaire.
- Le manque de temps est plus important que le manque de formation initiale.
- Pour combler le manque de formation initiale sur la rééducation périnéale les sages-femmes se forment après le diplôme.

9.2. Synthèse de l'analyse croisée entre les trois professions

Les résultats de l'analyse croisée se trouvent en **Annexe V** et la grille d'analyse de ces résultats en **Annexe VI**.



10. Discussion

10.1. Limites du sondage

Même si les résultats obtenus offrent un aperçu des pratiques actuelles en termes de prévention des troubles du périnée chez la femme enceinte, il est clair que les résultats de cette enquête sont contestables, avec comme biais majeur le nombre de réponses complètes reçues à la fin de la période de diffusion des questionnaires. Ce biais est particulièrement marqué en ce qui concerne les médecins, puisque seulement 19 d'entre eux ont répondu entièrement à l'enquête, sur les 290 974 médecins sur le territoire français : la marge d'erreur est donc supérieure à 22%¹⁷. Or plus cette marge d'erreur est élevée, moins les résultats de l'enquête sont proches de la réalité. Ainsi, les marges d'erreur des sondages des trois professions sont trop élevées pour être significatives de la population réelle (cf. figure 32).

	MASSEURS- KINÉSITHÉRAPEUTES	MÉDECINS	SAGES- FEMMES
Taille de la population	85 223	290 274	28 932
Taille de l'échantillon requise	383	384	380
Taille de l'échantillon réelle	60	19	62
Marge d'erreur	12,65%	22,48%	12,43%

Figure 32 : Tableau récapitulatif du nombre de répondants nécessaires par rapport à la taille de la population versus le nombre de répondants réel et les marges d'erreur correspondantes (chiffres calculés grâce au logiciel du site Check Market qui utilise la loi normale)

10.1.1. Biais de construction des questionnaires

Après avoir analysé les résultats, il est apparu que le sondage aurait pu être différent, à la fois sur la forme et sur le fond. Par exemple si les questionnaires avaient été un peu moins longs à entrer dans le cœur du sujet, les médecins auraient peut-être été plus nombreux à répondre de façon complète à l'enquête ce qui aurait permis d'avoir une plus grande taille d'échantillon et donc une plus grande représentativité des résultats. De plus, le texte de présentation aurait pu être plus précis sur le rôle de chaque professionnel, notamment en citant les professionnels interrogés pour que les participants médecins et SF sachent que le questionnaire ne concernait pas que les MK.

¹⁷ <https://fr.checkmarket.com/calculateur-taille-echantillon/> consulté le 23/03/2019

Malgré une longue réflexion sur l'élaboration du questionnaire, force est de constater que plus de liens auraient pu être faits entre les questions, par exemple entre la question sur la pratique de la rééducation périnéale anténatale et/ou postnatale et la question sur les recommandations de type : « si la réponse est oui à la rééducation anténatale → connaissez-vous les recommandations sur cette rééducation ? » pour savoir si les professionnels de santé suivent les recommandations émises par les sociétés savantes.

Sur le fond il aurait fallu différencier les masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour distinguer les pratiques entre les différents modes d'exercice, ainsi que les différents médecins interrogés : les internes, généralistes et gynécologues ayant répondu ne sont pas distingués dans les résultats. Cette distinction aurait permis d'alimenter la discussion et d'établir quels étaient les professionnels médicaux les plus enclins à faire de la prévention périnéale prénatale.

Après réflexion, une question ouverte proposant aux professionnels de santé de s'exprimer sur la prévention périnéale prénatale à la fin du questionnaire aurait été un atout pour la discussion ainsi que pour donner suite à ce mémoire. Certaines questions n'ont finalement pas servi à l'analyse de l'état des lieux des pratiques, particulièrement les questions sur le lieu d'exercice et le lieu de l'école ou de l'université de formation initiale. Celles-ci auraient pu être utiles si les réponses avaient été analysées individuellement, pour savoir quelles écoles et universités dispensent les cours sur la rééducation périnéale. Dans le même temps, au lieu de demander quelle formation continue les participants avaient réalisé, il aurait été plus judicieux de leur demander s'ils avaient fait une formation continue où la prévention périnéale prénatale était abordée et/ou enseignée afin de faire ressortir l'envie et/ou la nécessité des sondés de se former dans ce domaine. Concernant la question sur les moyens de rééducation utilisés, elle n'était finalement pas pertinente dans ce sujet, puisqu'une question sur les moyens de prévention utilisés a été posée plus loin dans le sondage.

10.1.2. Biais des échantillons

À propos des échantillons, là encore des biais importants sont mis en évidence : les moyens de diffusion disparates entre les trois professions et la description insuffisamment précise du questionnaire lors de la diffusion aux masseurs-kinésithérapeutes.

Ainsi, à cause de la difficulté de trouver des moyens de diffusion à grande échelle pour les sages-femmes et plus particulièrement pour les médecins, les territoires couverts ne sont pas équitables. L'un est à l'échelle nationale (pour les masseurs-kinésithérapeutes), un autre à l'échelle régionale (pour les sages-femmes) et le dernier à l'échelle locale (pour les médecins). Cette inégalité ne permet pas de comparer objectivement et significativement les résultats obtenus, même si elle offre un premier regard sur la prévention périnéale prénatale.

De plus, la diffusion du questionnaire des masseurs-kinésithérapeutes a été faite sur un groupe Facebook où beaucoup de sondages sont partagés par les étudiants en troisième et quatrième année de masso-kinésithérapie. Ce questionnaire a donc pu passer inaperçu parmi les autres questionnaires proposés par les étudiants. Au-delà de cet aspect, ceux qui y ont répondu sont souvent les plus intéressés et donc les plus formés. Il aurait été judicieux de préciser dans la description que cette enquête concernait tous les kinésithérapeutes, formés ou non, car le but de ce travail est de faire valoir l'intérêt de la prévention primaire. Or le simple fait de rediriger une patiente vers un confrère spécialisé requiert de la prévention.

10.2. Confrontation des résultats avec les hypothèses

L'hypothèse principale pour répondre à la problématique de ce travail de fin d'études était que le manque de formation initiale des masseurs kinésithérapeutes empêcherait les professionnels de proposer un plan de traitement préventif aux patientes en vue de limiter voire endiguer les incontinences urinaires pendant la grossesse. Or cette hypothèse semble validée, les résultats ayant montré d'une part un réel manque de formation initiale sur la rééducation périnéale prénatale et d'autre part une petite proportion de masseurs-kinésithérapeutes pratiquant à la fois la rééducation périnéale prénatale et postnatale (aucun d'entre eux ne fait de rééducation périnéale prénatale seule alors qu'une grande majorité ne fait que du post-partum).

La deuxième hypothèse était que les médecins ne seraient pas informés du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes, mais cette hypothèse est invalidée ici puisque la totalité des médecins a répondu que cette rééducation périnéale peut être faite par un masseur-kinésithérapeute.

La troisième hypothèse concernant le fait que les praticiennes seraient plus investies dans la prévention des troubles du plancher pelvien après une grossesse semble validée puisque plus de 90% des sondés sont des femmes.

Concernant les sous-hypothèses, près de la moitié des masseurs-kinésithérapeutes pensent que les sages-femmes ne peuvent pas faire de rééducation pelvi-périnéale prénatale ou ignorent si elles peuvent le faire. Cela invalide donc la première sous-hypothèse qui était que les kinésithérapeutes ne pensent pas être habilités à faire ce type de rééducation.

Enfin, 61,23% des professionnels ayant répondu à l'enquête font de la prévention périnéale prénatale. Cela signifie que le manque de recommandations officielles n'est pas un frein à la pratique de cette prévention.

10.3. Intérêts de la rééducation périnéale prénatale

Que peut donc apporter la rééducation périnéale prénatale aux femmes enceintes ? Quel(s) bénéfice(s) pourraient-elles en retirer ?

Il est établi que la grossesse et l'accouchement par voie basse sont des facteurs de risque d'incontinences urinaires chez les femmes jeunes (18)(20)(22), et que ce risque augmente avec l'âge¹⁸ ainsi qu'au cours des trimestres de grossesse (21). Le périnée doit effectivement supporter le poids du fœtus et du placenta, en plus des organes pelviens (vessie, utérus, rectum) (4)(7). Les muscles peuvent être étirés et abîmés pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

Or il existe des preuves d'une diminution des incontinences urinaires de fin de grossesse et de l'IU post-partum jusqu'à six mois après l'accouchement grâce à un entraînement des muscles du périnée instauré en début de grossesse (25). Berghmans (31) a constaté les mêmes effets et intègre l'idée d'une poursuite du programme d'auto-rééducation après l'accouchement, en prenant au préalable conseil auprès d'un professionnel de santé.

Bien sûr, ces professionnels ne peuvent pas agir sur ces facteurs de risque. Mais ils peuvent néanmoins conseiller leurs patientes pour éviter au maximum les facteurs de risque dits « modifiables » comme le souligne l'étude de Wesnes et Lose (32) : dire aux

¹⁸<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/prevalence-et-facteurs-de-risque-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme-jeune> consulté le 15/04/2019

femmes d'éviter de fumer (grade B), d'éviter le surpoids (grade B), éviter la constipation (grade C), ou encore d'entraîner leur périnée, de le contracter quand il le faut et de le relâcher quand il le faut (grade A).

10.3.1. Pour qui mettre en place une prévention périnéale prénatale ?

Mais alors pour qui mettre en place cette prévention ? Pour toutes les femmes enceintes ? Pour celles qui sont « à risque » ?

Selon le CNGOF (33), il n'existe aucune preuve d'efficacité de la rééducation périnéale chez les femmes qui ne présentent pas de symptômes urinaires (grade C). Mais lorsqu'une incontinence apparaît lors de la grossesse, les séances de rééducation périnéale permettent d'améliorer l'état de la patiente (niveau de preuve 1) et « *diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à 3 mois du post-partum (niveau de preuve 1)* », sans toutefois apporter de bénéfice au-delà d'un an après l'accouchement (niveau de preuve 2).

Une évaluation de la force périnéale de chaque femme enceinte pourrait être réalisée au début de la grossesse, afin de proposer un programme d'entraînement adapté aux femmes présentant un déficit au testing périnéal. D'après Tonneau et al (23) la grossesse semble être un moment opportun pour sensibiliser les femmes au périnée.

Une prévention systématique devrait être apportée aux femmes enceintes :

- Présentant une incontinence urinaire préexistante avant la grossesse (21)
- Développant une incontinence urinaire pendant le premier trimestre de grossesse¹⁹
- Dont c'est la première grossesse (34)
- Sportives (ou plus particulièrement qui pratiquent des sports où des hyperpressions sont mises en jeu) (35)
- En surpoids ou obèses (36)

¹⁹ <https://www.revuegenesis.fr/pratique-de-la-reeducation-perineale-postnatale/> consulté le 16/04/2019

10.3.2. Par quels moyens pouvons-nous développer la kinésithérapie prénatale ?

Une fois la population à risque repérée, comment mettre en place cette prévention ? Qu'est-ce que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent apporter au suivi des femmes enceintes et quelle serait leur légitimité face aux sages-femmes ?

Selon l'article 13 (abrogé au 8 août 2004) par décret²⁰, les masseurs-kinésithérapeutes sont amenés à réaliser des « *actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement* », notamment dans un rôle de collaboration avec les autres professionnels de santé. Cette collaboration interprofessionnelle permet ainsi de créer et coordonner des interventions de prévention auprès des populations à risque. Dans ce cadre-là, les masseurs-kinésithérapeutes pourraient travailler en collaboration avec les sages-femmes, mais également les médecins généralistes, gynécologues et urologues, afin de prévenir les risques d'IU chez les femmes enceintes présentant des facteurs de risque. Mais d'après les résultats de l'enquête réalisée pour ce mémoire, il faudrait que la formation initiale des praticiens soit plus poussée dans ce domaine à l'avenir.

C'est pourquoi, comme le propose un article sur la pratique de la rééducation périnéale postnatale de la revue Genesis destinée aux gynécologues²¹, il serait intéressant de réaliser une prévention périnéale prénatale pour améliorer la qualité de vie des femmes pendant leur grossesse. Cela se ferait grâce à l'apprentissage de l'anatomie du périnée, de ses rôles, de sa contraction et de l'intérêt de le contracter lors de situations à risque tels qu'un éternuement, une toux ou tout autre situation impliquant une augmentation de pression intra-abdominale.

Ces séances d'éducation périnéale prénatale seraient un bon moyen pour améliorer le contrôle musculaire des femmes pendant la grossesse pour optimiser la rééducation post-natale qui vient tardivement (6 à 8 semaines après l'accouchement), étant donné le temps de cicatrisation et la « désimprégnation » hormonale.

Cette prévention permettrait dans un premier temps de vérifier les antécédents et facteurs de risque des futures mères et de vérifier l'état de contraction de leur périnée. Si un déficit est décelé, alors le thérapeute pourra proposer des séances de conscientisation du périnée ainsi qu'un entraînement des muscles du périnée pour mieux

²⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195448> consulté le 16/04/2019

²¹ <https://www.revuegenesis.fr/pratique-de-la-reeducation-perineale-postnatale/> consulté le 16/04/2019

supporter l'accouchement. Cela passe aussi par le massage pour assouplir les muscles et permettre un meilleur étirement lors du passage de la tête du bébé (29).

Pour aider les professionnels de santé à mettre en place ces actions de prévention, des recommandations émises par des organismes scientifiques pourraient encourager les thérapeutes à se former et s'informer sur ce sujet.

L'enquête réalisée pour ce mémoire a mis en évidence un certain besoin de mise en place de réseaux. Ces réseaux pourraient intégrer la kinésithérapie dans le parcours de soin des femmes enceintes et favoriser la collaboration entre médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, ostéopathes, urologues, et tout autre professionnel participant au parcours de soins de la femme enceinte, afin de fournir la meilleure prise en charge possible.

Hormis l'électrostimulation (déconseillée chez les femmes enceintes), tous les moyens de rééducation contre les incontinences urinaires (16) peuvent être des pistes de prévention périnéale prénatale : après un bilan où le thérapeute recherche les antécédents et facteurs de risque de la patiente, l'anatomie et la biomécanique du périnée seront expliqués à la patiente, la respiration abdomino-diaphragmatique sera enseignée, ainsi que la façon de contracter son périnée (de façon tonique puis phasique puis à l'effort pour balayer toutes les situations où le périnée est mis en jeu). À des fins de soulagement et de détente, le massage du noyau fibreux central et du périnée sera également enseignée à la patiente. Enfin pour compléter le travail manuel, un premier contact avec le biofeedback pourra être fait, afin que la patiente visualise sa contraction et l'intègre au mieux dans son schéma moteur.

Au-delà de ces séances avec un thérapeute (sage-femme ou masseur-kinésithérapeute), la patiente pourra éventuellement utiliser une sonde connectée pour travailler à la maison en auto-rééducation, sous contrôle préalable de son thérapeute. L'utilisation d'un ballonnet est parfois utilisée pour aider la femme à préparer son périnée en vue de l'accouchement (37)(38).

Les résultats de l'enquête sur la pratique des professionnels de santé en termes de prévention périnéale prénatale ont mis en évidence l'envie et/ou le besoin des professionnels d'utiliser des supports pour sensibiliser les femmes au périnée : des groupes de travail pourraient aider à la réalisation de ces supports (affiches ou prospectus).

11. Et après ?

Il serait intéressant de poursuivre ce travail par une enquête de plus grande ampleur, à l'échelle nationale. L'idée serait de recueillir au minimum 383 réponses de masseurs-kinésithérapeutes, 384 de médecins (tous confondus) et de 380 sages-femmes pour que les résultats soient significatifs et représentatifs de la population totale²².

Comme le montre l'ultime question du sondage, près de 95% des sondés aimeraient avoir une affiche sur la prévention des troubles du périnée chez la femme enceinte dans leur cabinet. Prolonger ce mémoire par la réalisation d'une fiche de conseils grâce à un groupe de travail regroupant kinésithérapeutes, sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, éducateur d'activité physique, ostéopathes, etc. faciliterait l'accès aux informations, autant pour les professionnels que pour les patientes.

À titre personnel ce mémoire m'a conforté dans mon projet professionnel à savoir être capable d'accompagner du mieux possible les femmes enceintes tout au long de leur grossesse. Ayant fait un clinicat de trois mois avec une kinésithérapeute spécialisée en pelvi-périnéologie, aussi bien féminine, masculine, qu'infantile, mon projet futur serait de continuer à me former dans le domaine de la périnéologie afin d'en saisir tous les aspects. J'ai pu prendre en charge des femmes en post-partum, la plupart se portait très bien et n'avait pas besoin des dix séances de rééducation périnéale recommandées. Mais une partie d'entre elles présentait un déficit au testing périnéal. Ce déficit, bien que souvent sans conséquence dans leur quotidien, avait de fortes chances de se révéler dans plusieurs mois, voire plusieurs années, ou bien à la prochaine grossesse. Une des pistes pour mieux prendre en charge les femmes enceintes (primigestes et multipares) serait de diviser les 10 séances de rééducation périnéale préconisées par la HAS entre le prénatal et le postnatal, pour que la rééducation postnatale soit plus efficace et plus courte. La prise de conscience serait ainsi faite pendant la grossesse et la femme pourrait par exemple mettre en application le verrouillage à l'effort après l'accouchement pour éviter les éventuelles incontinences, qu'elles soient urinaires ou anales.

Mais ce qui m'a le plus frappé est que même après une grossesse et un accouchement, les femmes ne savent pas toujours ce qui se cache derrière le mot « périnée ». Sans parler des hommes qui ne sont pas toujours au courant qu'ils possèdent eux-aussi un périnée ! Alors, ne faudrait-il pas débiter la prévention le plus tôt possible, dès le plus jeune âge ?

²² <https://fr.checkmarket.com/calculateur-taille-echantillon/> consulté le 23/03/2019

12. Conclusion

La kinésithérapie périnéale prénatale sous-entend l'idée d'un apprentissage de l'anatomie du périnée, de sa physiologie et de sa biomécanique. Les connaissances des femmes sur cette zone corporelle intime sont encore floues et la grossesse semble un moment opportun pour proposer une éducation périnéale aux femmes, par exemple pendant la préparation à l'accouchement. Mais quid de la place des masseurs-kinésithérapeutes dans le suivi des femmes enceintes ? Leur formation initiale est-elle suffisante pour proposer un plan de traitement préventif des incontinences urinaires chez les femmes enceintes ?

De façon plus générale, la problématique posée ici est « quels sont les freins au développement de la kinésithérapie périnéale prénatale en France ? ». Pour y répondre une méthodologie par questionnaire a été employée. Plusieurs professions ont ainsi été interrogées : les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins généralistes, gynécologues et internes en médecine générale, ainsi que les sages-femmes.

Les résultats de ce travail ont révélé que les praticiennes ont répondu en très grande majorité, sans doute plus sensibilisées à ce sujet que leurs homologues masculins. Surtout, ce sondage a permis de révéler un manque dans la formation initiale : seuls 13,69% des répondants ont reçu une information sur la rééducation périnéale prénatale et seuls 2,72% ont reçu une réelle formation. Cependant 61,73% des professionnels de santé se renseignent sur la prévention périnéale prénatale, dont 65% de masseurs-kinésithérapeutes et 87,10% de sages-femmes. La prévention prénatale semble donc intéresser les praticiens, sans que ces derniers ne sachent réellement comment mettre en place un plan de traitement adapté. Ne serait-il pas intéressant de sensibiliser les professionnels de santé dès leur formation initiale par des cours théoriques et des mises en pratique ?

Autre piste à explorer : débiter le travail d'éducation le plus tôt possible par de la prévention dans les écoles, collèges et lycées comme le propose dans son mémoire une étudiante en maïeutique de Brest (39). Cela pourrait d'ailleurs être un bon moyen pour lier l'apprentissage de l'éducation périnéale chez les élèves en santé mais également chez les enfants et adolescents. Un tel projet pourrait être réalisé grâce au service sanitaire mis en place pour les étudiants en santé depuis septembre 2018 et qui a pour objectif de « *former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la*

prévention »²³. De plus le service sanitaire veut favoriser l'interdisciplinarité²⁴ : les étudiants en santé de différentes filières réaliseront des projets ensemble, partageant ainsi leurs connaissances et savoir-faire. Les étudiants en masso-kinésithérapie, en maïeutique et en médecine pourraient participer à des actions de prévention dans les écoles, collèges et lycées afin de sensibiliser les élèves sur le sujet du périnée et de ses rôles. La propreté, la constipation, les relations sexuelles mais également les activités physiques et sportives seraient des thèmes à développer auprès des populations concernées. Plus le travail d'éducation commence tôt, plus la prévention est efficace.

En définitive, la prévention primaire des incontinences urinaires concerne autant les femmes (enceintes ou non), les enfants, que les hommes qui ignorent pour la plupart qu'ils ont eux-aussi un périnée et le découvre parfois au décours de la préparation à l'accouchement... Ou de séances préopératoires avant une prostatectomie.

²³ <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante> consulté le 25/04/2019

²⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037051110&dateTexte=20190422> consulté le 25/04/2019

Bibliographie

1. Conrard S. Kinésithérapie périnatale : un champ de compétences à défendre et promouvoir. *Kiné Actual.* 14 sept 2017;(1499):7.
2. Yiou R, Costa P, Haab F, Delmas V. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. *Prog En Urol.* déc 2009;19(13):916-25.
3. Le Bilan Musculaire De Daniels Et Worthingham Techniques De Testing Manuel. Educa Books; 2015.
4. Ashton-Miller JA, Delancey JOL. Functional Anatomy of the Female Pelvic Floor. *Ann N Y Acad Sci.* 15 févr 2007;1101(1):266-96.
5. Fritel X. Périnée et grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mai 2010;38(5):332-46.
6. Gachon B, Desseuve D, Fradet L, Decatoire A, Lacouture P, Pierre F, et al. Modifications de la statique pelvienne et de la laxité ligamentaire pendant la grossesse et le post-partum. *Revue de la littérature et perspectives. Prog En Urol.* juin 2016;26(7):385-94.
7. Dufour M, FUMAT C. Anatomie des organes et viscères: Tête, cou et tronc. [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: http://www.123library.org/book_details/?id=108420
8. Garnier M, Delamare J, éditeurs. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 30. éd. Paris: Maloine; 2009. 1048 p.
9. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy Rates Around the World: An Update. *Birth.* sept 2005;32(3):219-23.
10. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol.* mai 2009;200(5):573.e1-573.e7.
11. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Hamlin S, De Lavergne S, Scheffler M. La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF : quel état des lieux ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2016;44(4):232-8.
12. Rumeau-Rouquette C, éditeur. Naître en France: 10 ans d'évolution. Paris: Doin [u.a]; 216 p. (Collection grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie).

13. Vendittelli F, Gallot D. Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2006;35:12-23.
14. Blanc B, Siproudhis L. Pelvi-périnéologie. Paris; New York: Springer; 2005.
15. Bates P, Bradley WE, Glen E, Griffiths D, Melchior H, Rowan D, et al. Standardization of terminology of lower urinary tract function First and second reports: International Continence Society. Urology. févr 1977;9(2):237-41.
16. Steenstrup B, Bakker E, Nouhaud F-X, Cornu J-N, Grise P. Le traitement rééducatif de l'incontinence urinaire : proposition de mise à jour de bonnes pratiques. Kinésithérapie Rev. nov 2017;17(191):3-13.
17. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community : effects of differences in definition, population characteristics et study type. J Am Geriatr Soc. 1998;4(48):473.
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
19. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2015;44(10):1141-6.
20. Altman D, Ekström Å, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterström J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol. nov 2007;197(5):512.e1-512.e7.
21. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. Obstet Gynecol. 1992;79: 945-949.
22. Pizzoferrato AC, Fermat M, El Assal A, Fauconnier A, Bader G. Incontinence urinaire chez la femme nullipare : prévalence et évaluation de l'auto-rééducation périnéale. Prog En Urol. sept 2014;24(10):646-50.
23. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? Rev Sage-Femme. juin 2005;4(3):109-14.
24. Stafne S, Salvesen K, Romundstad P, Torjusen I, Mørkved S. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled trial: Exercise in pregnancy and prevention of incontinence. BJOG Int J Obstet Gynaecol. sept 2012;119(10):1270-80.

25. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub3/abstract>
26. Deffieux X, Billecocq S, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. Mécanismes d'action de la rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme. *Prog En Urol*. juin 2013;23(8):491-501.
27. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Consensus Statement*. :8.
28. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Incontinence Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 4 oct 2018 [cité 10 oct 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005654.pub4>
29. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3/abstract>
30. Vilatte J-C. *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. 2007;56.
31. Berghmans B. Long Term Effects of Pre- and post Partum Pelvic Floor Muscle Treatment in Primigravid with Stress Urinary Incontinence: A Short Systematic Review. *Obstet Gynecol Int J* [Internet]. 5 oct 2016 [cité 15 avr 2019];5(3). Disponible sur: <http://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-05-00157.php>
32. Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecology J*. juin 2013;24(6):889-99.
33. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2005;34(5):513.
34. Fritel X, Khoshnood B, Fauconnier A. Specific obstetrical risk factors for urinary versus anal incontinence 4years after first delivery. *Prog En Urol*. sept 2013;23(11):911-6.

35. Lousquy R, Jean-Baptiste J, Barranger E, Hermieux J-F. Incontinence urinaire chez la femme sportive. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* sept 2014;42(9):597-603.
36. Pommereau-Lathelize J, Fritel X. Incontinence urinaire et obésité chez la femme [Obesity and female urinary incontinence]. :7.
37. Ruckhäberle E, Jundt K, Bäuerle M, Brisch K-H, Ulm K, Dannecker C, et al. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* oct 2009;49(5):478-83.
38. Kavvadias T, Hoesli I. The EpiNo® Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor—Implications for Future Research. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2016 [cité 4 févr 2018];2016. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769774/>

Sommaire des annexes

Annexe I : Anatomie du périnée	I
Annexe II : Questionnaire à destination des masseurs-kinésithérapeutes	II
Annexe III : Questionnaire à destination des médecins	V
Annexe IV : Questionnaire à destination des sages-femmes.....	VIII
Annexe V : Résultats croisés entre les trois professions	XI
Annexe VI : Grille d'analyse des résultats	XII

Annexe I : Anatomie du périnée

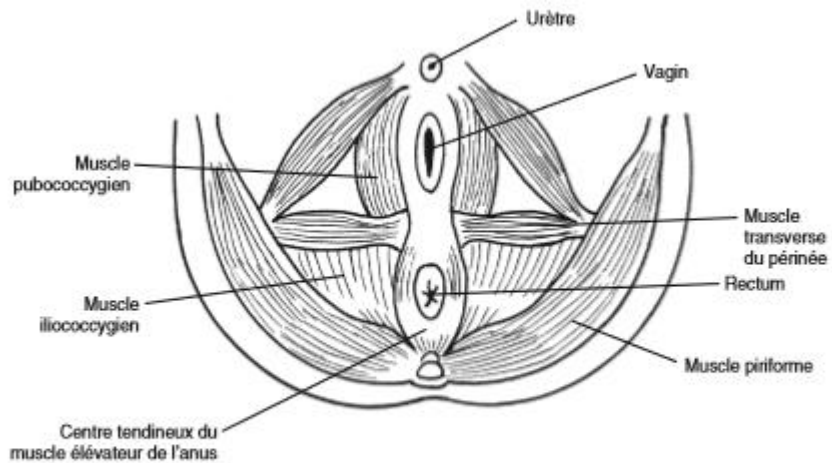


FIGURE 4-47

Chapitre 4 | Testing des muscles du tronc et du plancher pelvien 75

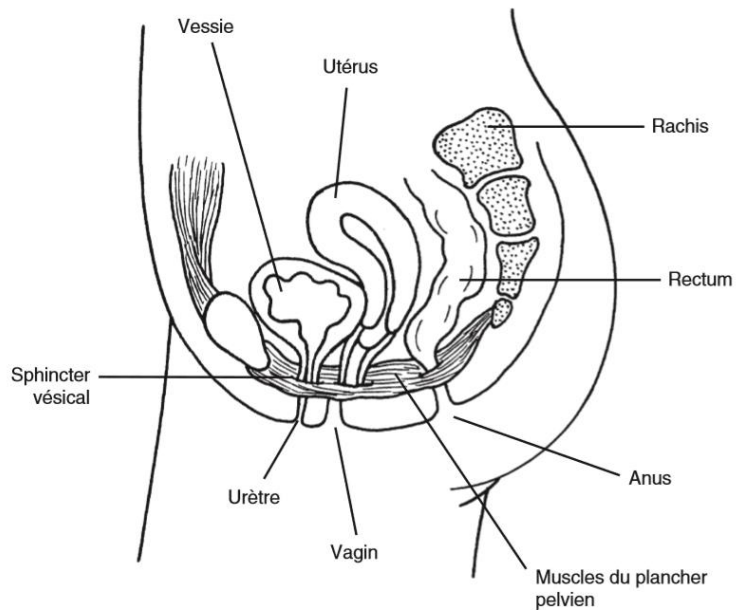


FIGURE 4-46 Les muscles du plancher pelvien servent de sangle aux organes féminins.

74 Chapitre 4 | Testing des muscles du tronc et du plancher pelvien

Source : Le Bilan Musculaire De Daniels Et Worthingham Techniques De Testing
Manuel. Educa Books; 2015

Annexe II : Questionnaire à destination des masseurs-kinésithérapeutes

Éducation périnéale prénatale

Bonjour, étudiante en 4ème année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Brest, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études une enquête auprès des professionnels de santé sur le thème de la prévention des troubles du plancher pelvien liés à la grossesse et l'accouchement.

Les réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

Remarque sur la protection de la vie privée : ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

1^{ère} partie : Généralités

1. **Quel est votre sexe ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Féminin
 - Masculin
2. **Quel âge avez-vous ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Entre 20 et 30 ans
 - Entre 31 et 40 ans
 - Entre 41 et 50 ans
 - Entre 51 et 60 ans
 - Entre 61 et 70 ans
3. **Depuis quand exercez-vous ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Entre 10 et 15 ans
 - Entre 15 et 20 ans
 - Entre 20 et 25 ans
 - Entre 25 et 30 ans
 - Entre 30 et 35 ans
 - Plus de 35 ans
4. **Dans quelle ville exercez-vous ? (Précisez le département)** (*Obligatoire, réponse courte*)
 -

5. **Dans quel IFMK avez-vous réalisé votre formation initiale ? (Précisez le département) (Obligatoire, réponse courte)**

-

2^{ème} partie : Parcours de formation et pluridisciplinarité

6. **Concernant la rééducation périnéale, durant votre formation initiale :**
(Obligatoire, plusieurs réponses possibles)

- La rééducation périnéale post-natale m'a été introduite (évoquée, mais pas de formation propre)
- J'ai été formé à la rééducation périnéale post-natale
- La rééducation périnéale prénatale m'a été introduite (évoquée, mais pas de formation propre)
- J'ai été formé à la rééducation périnéale prénatale
- Je n'ai pas été formé à la rééducation périnéale

7. **Avez-vous réalisé une formation continue dans le domaine de la rééducation périnéale ? (Obligatoire, une seule réponse possible)**

- Oui
- Non

8. **Quelle(s) formation(s) avez-vous réalisé ? (Si la réponse est « oui » à la question 7, réponse longue)**

-

9. **Actuellement, faites-vous de la rééducation périnéale post-natale et/ou anténatale ? (Obligatoire, une seule réponse possible)**

- Post-natale
- Anténatale
- Les deux
- Aucune

10. **Travaillez-vous en collaboration avec : (Si la réponse est « post-natale » ou « anténatale » ou « les deux » à la question 9, plusieurs réponses possibles)**

- Des médecins généralistes
- Des médecins gynécologues
- Des sages-femmes
- Aucun de ces professionnels

11. **Aimeriez-vous faire partie d'un réseau ? (Si la réponse est « aucune » à la question 9 ou « aucun de ces professionnels » à la question 10, une seule réponse possible)**

- Oui
- Non

12. **À votre avis, la rééducation pelvi-périnéale prénatale fait-elle partie du champ de compétences des sages-femmes ? (Obligatoire, une seule réponse possible)**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

3^{ème} partie : Moyens de rééducation et recommandations

13. **Concernant la rééducation périnéale, quels moyens de rééducation utilisez-vous ?** (*Obligatoire, plusieurs réponses possibles*)
- Séance de rééducation en manuel
 - Séance de rééducation avec électrostimulation et/ou biofeedback
 - Séance de rééducation avec ballonnet
 - Autre, précisez :
14. **Connaissez-vous les recommandations concernant la prise en charge des incontinences urinaires dans le cadre du post-partum et/ou du pré-partum ?** (*Obligatoire, plusieurs réponses possibles*)
- Je connais les recommandations du post-partum (même partiellement)
 - Je connais les recommandations du pré-partum (même partiellement)
 - Je n'en connais aucune

4^{ème} partie : Prévention

15. **Faites-vous de la prévention périnéale prénatale auprès des femmes enceintes ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
16. **Quel(s) moyen(s) de prévention utilisez-vous pour prévenir les incontinences urinaires ?** (*Si la réponse est « oui » à la question 15, plusieurs réponses possibles*)
- Information orale
 - Affiche
 - Prospectus
 - Séance(s) de rééducation pelvi-périnéale
 - Autre (précisez) :
17. **Pourquoi n'en faites-vous pas ?** (*Si la réponse est « non » à la question 15, plusieurs réponses possibles*)
- Je n'y pense pas
 - Je ne sais pas quoi faire concrètement
 - Je n'ai pas le temps au cours des séances
 - Je n'en vois pas l'intérêt
 - Je ne suis pas formé pour le faire
 - Autre (précisez) :
18. **Seriez-vous prêts à mettre des affiches/prospectus/etc. à disposition dans votre cabinet au sujet de la prévention pelvi-périnéale prénatale ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
- Oui
 - Non

Si vous souhaitez avoir les résultats de ce questionnaire ou si vous avez des questions vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : Melanie.Madec@etudiant.univ-brest.fr

Merci pour votre participation.

Annexe III : Questionnaire à destination des médecins

Éducation périnéale prénatale

Bonjour, étudiante en 4ème année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Brest, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études une enquête auprès des professionnels de santé sur le thème de la prévention des troubles du plancher pelvien liés à la grossesse et l'accouchement.

Les réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

Remarque sur la protection de la vie privée : ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

1^{ère} partie : Généralités

1. **Quel est votre sexe ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Féminin
 - Masculin
2. **Quel âge avez-vous ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Entre 20 et 30 ans
 - Entre 31 et 40 ans
 - Entre 41 et 50 ans
 - Entre 51 et 60 ans
 - Entre 61 et 70 ans
3. **Depuis quand exercez-vous ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Entre 10 et 15 ans
 - Entre 15 et 20 ans
 - Entre 20 et 25 ans
 - Entre 25 et 30 ans
 - Entre 30 et 35 ans
 - Plus de 35 ans
4. **Dans quelle ville exercez-vous ? (Précisez le département)** (*Obligatoire, réponse courte*)
 -

5. **Dans quel université avez-vous réalisé votre formation initiale ? (Précisez le département) (Obligatoire, réponse courte)**

-

2^{ème} partie : Parcours de formation et pluridisciplinarité

6. **Lors de votre formation (avant et/ou après ECN) avez-vous eu des cours sur la rééducation périnéale ? (Obligatoire, une seule réponse possible)**

- Oui
- Non

7. **Selon vous, la rééducation périnéale est-elle dans le champ de compétences : (Obligatoire, plusieurs réponses possibles)**

- Des masseurs-kinésithérapeutes
- Des sages-femmes
- Je ne sais pas

8. **Travaillez-vous en collaboration avec : (Obligatoire, une seule réponse possible)**

- Des masseurs-kinésithérapeutes
- Des sages-femmes
- Des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes
- Aucun de ces professionnels

9. **Aimeriez-vous faire partie d'un réseau ? (Si la réponse est « aucun de ces professionnels » à la question 8, une seule réponse possible)**

- Composé de sages-femmes
- Composé de masseurs-kinésithérapeutes
- Composé de sages-femmes et de masseurs-kinésithérapeutes
- Aucun réseau

10. **Prescrivez-vous de la rééducation périnéale aux femmes enceintes pour le traitement des troubles du plancher pelvien (type incontinences) ? (Obligatoire, plusieurs réponses possibles)**

- Oui, auprès de masseurs-kinésithérapeutes
- Oui, auprès de sages-femmes
- Non

3^{ème} partie : Moyens de rééducation et recommandations

11. **Concernant la rééducation périnéale, quels moyens de rééducation utilisez-vous ? (Obligatoire, plusieurs réponses possibles)**

- Séance de rééducation en manuel chez un masseur-kinésithérapeute
- Séance de rééducation en manuel chez une sage-femme
- Séance de rééducation avec électrostimulation et/ou biofeedback chez un masseur-kinésithérapeute
- Séance de rééducation avec électrostimulation et/ou biofeedback chez une sage-femme
- Séance de rééducation avec ballonnet
- Je n'en connais pas
- Autre, précisez :

12. **Connaissez-vous les recommandations concernant la prise en charge des incontinences urinaires dans le cadre du post-partum et/ou du pré-partum ?** (*Obligatoire, plusieurs réponses possibles*)

- Je connais les recommandations du post-partum (même partiellement)
- Je connais les recommandations du pré-partum (même partiellement)
- Je n'en connais aucune

4^{ème} partie : Prévention

13. **Faites-vous de la prévention périnéale prénatale auprès des femmes enceintes ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

14. **Quel(s) moyen(s) de prévention utilisez-vous pour prévenir les incontinences urinaires ?** (*Si la réponse est « oui » à la question 13, plusieurs réponses possibles*)

- Information orale
- Affiche
- Prospectus
- Prescription de séances de rééducation pelvi-périnéale
- Autre (précisez) :

15. **Pourquoi n'en faites-vous pas ?** (*Si la réponse est « non » à la question 13, plusieurs réponses possibles*)

- Je n'y pense pas
- Je ne sais pas quoi faire concrètement
- Je n'ai pas le temps au cours des séances
- Je n'en vois pas l'intérêt
- Je ne suis pas formé pour le faire
- Autre (précisez) :

16. **Seriez-vous prêts à mettre des affiches/prospectus/etc. à disposition dans votre cabinet au sujet de la prévention pelvi-périnéale prénatale ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

Si vous souhaitez avoir les résultats de ce questionnaire ou si vous avez des questions vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : [Melanie.Madec@etudiant.univ-](mailto:Melanie.Madec@etudiant.univ-brest.fr)

[brest.fr](mailto:Melanie.Madec@etudiant.univ-brest.fr)

Merci pour votre participation.

Annexe IV : Questionnaire à destination des sages-femmes

Éducation périnéale prénatale

Bonjour, étudiante en 4ème année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Brest, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études une enquête auprès des professionnels de santé sur le thème de la prévention des troubles du plancher pelvien liés à la grossesse et l'accouchement.

Les réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

Remarque sur la protection de la vie privée : ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

1^{ère} partie : Généralités

1. **Quel est votre sexe ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Féminin
 - Masculin
2. **Quel âge avez-vous ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Entre 20 et 30 ans
 - Entre 31 et 40 ans
 - Entre 41 et 50 ans
 - Entre 51 et 60 ans
 - Entre 61 et 70 ans
3. **Depuis quand exercez-vous ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Entre 10 et 15 ans
 - Entre 15 et 20 ans
 - Entre 20 et 25 ans
 - Entre 25 et 30 ans
 - Entre 30 et 35 ans
 - Plus de 35 ans
4. **Dans quelle ville exercez-vous ?** (Précisez le département) (*Obligatoire, réponse courte*)
 -

5. **Dans quel école avez-vous réalisé votre formation initiale ?** (Précisez le département) (*Obligatoire, réponse courte*)
-

2^{ème} partie : Parcours de formation et pluridisciplinarité

6. **Concernant la rééducation périnéale, durant votre formation initiale :** (*Obligatoire, plusieurs réponses possibles*)
- La rééducation périnéale post-natale m'a été introduite (évoquée, mais pas de formation propre)
 - J'ai été formé à la rééducation périnéale post-natale
 - La rééducation périnéale prénatale m'a été introduite (évoquée, mais pas de formation propre)
 - J'ai été formé à la rééducation périnéale prénatale
 - Je n'ai pas été formé à la rééducation périnéale
7. **Avez-vous réalisé une formation continue dans le domaine de la rééducation périnéale ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
8. **Quelle(s) formation(s) avez-vous réalisé ?** (*Si la réponse est « oui » à la question 7, réponse longue*)
-
9. **Actuellement, faites-vous de la rééducation périnéale post-natale et/ou anténatale ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
- Post-natale
 - Anténatale
 - Les deux
 - Aucune
10. **Travaillez-vous en collaboration avec :** (*Si la réponse est « post-natale » ou « anténatale » ou « les deux » à la question 9, plusieurs réponses possibles*)
- Des médecins généralistes
 - Des médecins gynécologues
 - Des sages-femmes
 - Aucun de ces professionnels
11. **Aimeriez-vous faire partie d'un réseau ?** (*Si la réponse est « aucune » à la question 9 ou « aucun de ces professionnels » à la question 10, une seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
12. **À votre avis, la rééducation pelvi-périnéale prénatale fait-elle partie du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

3^{ème} partie : Moyens de rééducation et recommandations

13. **Concernant la rééducation périnéale, quels moyens de rééducation utilisez-vous ?** (*Obligatoire, plusieurs réponses possibles*)
- Séance de rééducation en manuel
 - Séance de rééducation avec électrostimulation et/ou biofeedback
 - Séance de rééducation avec ballonnet
 - Autre, précisez :
14. **Connaissez-vous les recommandations concernant la prise en charge des incontinences urinaires dans le cadre du post-partum et/ou du pré-partum ?** (*Obligatoire, plusieurs réponses possibles*)
- Je connais les recommandations du post-partum (même partiellement)
 - Je connais les recommandations du pré-partum (même partiellement)
 - Je n'en connais aucune

4^{ème} partie : Prévention

15. **Faites-vous de la prévention périnéale prénatale auprès des femmes enceintes ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
16. **Quel(s) moyen(s) de prévention utilisez-vous pour prévenir les incontinences urinaires ?** (*Si la réponse est « oui » à la question 15, plusieurs réponses possibles*)
- Information orale
 - Affiche
 - Prospectus
 - Séance(s) de rééducation pelvi-périnéale
 - Autre (précisez) :
17. **Pourquoi n'en faites-vous pas ?** (*Si la réponse est « non » à la question 15, plusieurs réponses possibles*)
- Je n'y pense pas
 - Je ne sais pas quoi faire concrètement
 - Je n'ai pas le temps au cours des séances
 - Je n'en vois pas l'intérêt
 - Je ne suis pas formé pour le faire
 - Autre (précisez) :
18. **Seriez-vous prêts à mettre des affiches/prospectus/etc. à disposition dans votre cabinet au sujet de la prévention pelvi-périnéale prénatale ?** (*Obligatoire, une seule réponse possible*)
- Oui
 - Non

Si vous souhaitez avoir les résultats de ce questionnaire ou si vous avez des questions vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : Melanie.Madec@etudiant.univ-brest.fr

Merci pour votre participation.

Annexe V : Résultats croisés entre les trois professions

Questions	MK	MED	SF	TOTAL
Sexe féminin	95	84,21	95,16	91,46
Sexe masculin	5	15,79	4,84	8,54
Entre 20 et 30 ans	58,33	36,84	27,42	40,86
Entre 31 et 40 ans	35	36,84	37,1	36,31
<i>Entre 20 et 40 ans</i>	93,33	73,68	64,52	77,18
"Info" initiale pré-partum	23,33	0	17,74	13,69
Formation initiale pré-p.	3,33	0	4,84	2,72
Formation continue	70		79,03	74,52
Pratique rééduc que pré-p.	0		0	-
Pratique rééduc pré et post	25		50	37,50
Pratique rééduc que post-p.	46,67		41,94	44,31
Collaboration	81,67	94,74	95,16	90,52
Champ de compétences	51,67	100	72,58	74,75
Recommandations pré-p.	41,67	15,79	41,94	33,13
Prévention périn. Prénat	65	31,58	87,1	61,23
Info orale	100	100	100	100,00
Affiche	17,95	0	16,67	11,54
Schémas	48,72	0	42,59	30,44
Prospectus	2,56	0	0	0,85
Séance rééduc périn	35,9	21,05	31,48	29,48
Pilates	7,69	0	0	2,56
Pas rééduc périn prénat	35	68,42	12,9	38,77
Pense pas	14,29	23,08	50	29,12
Quoi mettre en place	38,1	30,77	25	31,29
Pas formé	76,19	46,15	12,5	44,95
Pas de prescription	9,52	15,38	0	8,30
Pas le temps	0	5,26	50	18,42
Precription MK		52,63		17,54
Precription SF		57,69		19,23
Mettre des affiches au cab	98,33	94,74	90,32	94,46

Annexe VI : Grille d'analyse des résultats

QUESTION	RÉPONSES		ANALYSE	
	Par profession	Croisées		
H/F ?	MK	Hommes : 3/60 = 5% Femmes : 57/60 = 95%	F : 91,46%	Les femmes sont plus sensibles à ce sujet car se sentent plus concernées.
	Méd	Hommes : 3/19 = 15,79% Femmes : 16/19 = 84,21%		
	SF	Hommes : 3/62 = 4,84% Femmes : 59/62 = 95,16%		
Âge ?	MK	20-30 ans : 35/60 = 58,33% 31-40 ans : 21/60 = 35% 41-50 ans : 2/60 = 3,33% 51-60 ans : 1/60 = 1,67% 61-70 ans : 1/60 = 1,67%	20-30 ans : 40,86% 31-40 ans : 36,31% 20-40 ans : 77,18%	Pyramide des âges : MK de moins de 40 ans plus nombreux, SF pareil. Med de moins de 40 ans car diffusion auprès des internes. Femmes + jeunes = âge de procréer donc s'intéresse plus à ce sujet.
	Méd	20-30 ans : 7/19 = 36,84% 31-40 ans : 7/19 = 36,84% 41-50 ans : 2/19 = 10,53% 51-60 ans : 2/19 = 10,53% 61-70 ans : 1/19 = 5,26%		
	SF	20-30 ans : 17/62 = 27,42% 31-40 ans : 23/62 = 37,10% 41-50 ans : 12/62 = 19,35% 51-60 ans : 9/62 = 14,52% 61-70 ans : 1/62 = 1,61%		
Durée d'exercice ?	MK	< 5 ans : 12/60 = 20% 5-10 ans : 28/60 = 46,67% 10-15 ans : 14/60 = 23,33% 15-20 ans : 3/60 = 5% 20-25 ans : 0/60 = 0% 25-30 ans : 2/60 = 3,33% 30-35 ans : 0/60 = 0% > 35 ans : 1/60 = 1,67%		Question surtout pour les tranches d'âge et savoir si les jeunes se forment plus que les plus âgés. Mais pas pertinent ici, il faudrait comparer chaque réponse individuellement pour savoir qui a répondu quoi et comparer les jeunes et les moins jeunes.
	Méd	< 5 ans : 12/19 = 63,16% 5-10 ans : 1/19 = 5,26% 10-15 ans : 1/19 = 5,26% 15-20 ans : 2/19 = 10,53% 20-25 ans : 0/19 = 0%		

		<p>25-30 ans : 2/19 = 10,53%</p> <p>30-35 ans : 0/19 = 0%</p> <p>> 35 ans : 1/19 = 5,26%</p>		
	SF	<p>< 5 ans : 9/62 = 14,52%</p> <p>5-10 ans : 18/62 = 29,03%</p> <p>10-15 ans : 9/62 = 14,52%</p> <p>15-20 ans : 12/62 = 19,35%</p> <p>20-25 ans : 6/62 = 9,68%</p> <p>25-30 ans : 1/62 = 1,61%</p> <p>30-35 ans : 5/62 = 8,06%</p> <p>> 35 ans : 2/62 = 3,23%</p>		
Ville d'ex. ?	MK	42 dép. différents		Discussion : biais dans les réponses car diffusion différente entre les 3
	Méd	5 villes différentes (Finistère)		
	SF	5 départements différents		
IFMK, université, école ?	MK	22 IFMK (France + Belgique)		Pas pertinent finalement, idem question sur la durée d'exercice.
	Méd	UBO + université de Paris		
	SF	19 écoles différentes (France + Belgique)		
Formation initiale ?	MK	Intro post-p : 37/60 = 61,67%	<p>Info* : 13,69%</p> <p>Formation* : 2,72%</p> <p>*sur le pré-partum</p>	Manque de formation initiale dans les 3 professions.
		Intro pré-p : 14/60 = 23,33%		
	Méd	Form° post-p : 18/60 = 30%		
		Form° pré-p : 2/60 = 3,33%		
SF	Rien : 8/60 = 13,33%			
	Oui : 7/19 = 36,84%			
	Non : 12/19 = 63,16%			
	Intro post-p : 48/62 = 77,42%			
SF	Intro pré-p : 11/62 = 17,74%			
	Form° post-p : 6/62 = 9,68%			
	Form° pré-p : 3/62 = 4,84%			
	Rien : 15/62 = 24,19%			
Formation continue ?	MK	Oui : 42/60 = 70%	Oui : 74,52%	Gros % à se former : spé en rééducation périnéale sûrement plus intéressés.
	SF	Non : 18/60 = 30%		
		Oui : 49/62 = 79,03%		
		Non : 13/62 = 20,97%		

Quelles formations continues ?	MK	IPPP, EIRPP, DU Lyon...		Différences MK/SF. Peu de pré-partum dans formations.
	SF	CMP, De Gasquet, Eutonie...		
En pratique ? (rééduc et prescription)	MK	Post-p : 28/60 = 46,67% Pré-p : 0/60 = 0% Les 2 : 15/60 = 25% Aucune : 17/60 = 28,33%	Pré-p : 0% Post-p : 44,51% Les 2 : 37,50%	Aucun « que pré-p » mais bcp « que post-p » : manque de formation ?, rééducation pas encore développée ?, pas de reco. donc n'encourage pas les pros à faire cette rééducation ?.
	Méd	Prescription MK : 10/19 = 52,63% Prescription SF : 11/19 = 57,89%		
	SF	Post-p : 26/62 = 41,94% Pré-p : 0/62 = 0% Les 2 : 31/62 = 50% Aucune : 5/62 = 8,06%		
Collaboration ?	MK	Med G : 27/60 = 62,79% Med gyn : 26/60 = 60,47% SF : 18/60 = 41,86% Aucun : 11/60 = 25,58% Autre (uro, gastro, chir, ostéo) : 5/60 = 11,63%	Collab : 90,52%	Majorité travaillent en pluridisciplinarité. Piste de discussion : encourager cette collaboration interprofessionnelle.
	Méd	MK : 5/19 = 26,32% SF : 1/19 = 5,26% MK + SF : 12/19 = 63,16% Aucun : 1/19 = 5,26%		
	SF	Med G : 45/62 = 72,58% Med gyn : 42/62 = 67,74% MK : 31/62 = 50% Aucun : 3/62 = 4,84% Autre (uro, SF, ostéo) : 16/62 = 25,81%		
Réseau ?	MK	Oui : 15/(11+17) = 15/28 = 53,57% Non : 13/28 = 46,43%		Parmi ceux qui ne travaillent pas en collaboration, la plupart aimerait faire partie d'un réseau : à développer ?
	Méd	De MK + SF : 1/1 = 100%		
	SF	Oui : 4/(5+3) = 50% Non : 4/8 = 50%		
Champ de compétences	MK	Des SF : 31/60 = 51,67% Pas des SF : 18/60 = 30% Sait pas : 11/60 = 18,33%	Oui : 74,75%	Hypothèse invalidée : les médecins interrogés savent que la rééducation périnéale prénatale fait partie du champ de compétences des kinés.
	Méd	Des MK : 19/19 = 100% Des SF : 19/19 = 100%		
	SF	Des MK : 45/62 = 72,58% Pas des MK : 6/62 = 9,68%		

		Sait pas : 11/62 = 17,74%		
Moyens de rééducation utilisés ou connus	MK	Manuel : 45/60 = 75% Sonde : 41/60 = 68,33% Ballonnet : 10/60 = 16,67% Autre (gym hypopressive, posture, étirements, pilates rien) : 23/60 = 38,33%		Pas pertinent finalement... Bien quand même de savoir ce que les médecins connaissent de la rééducation périnéale.
	Méd	Manuel MK : 13/19 = 68,42% Manuel SF : 15/19 = 78,95% Sonde MK : 17/19 = 89,47% Sonde SF : 14/19 = 73,68% Ballonnet : 6/19 = 31,58% Aucun : 0/19 = 0% Autre (pipi-stop) : 1/19 = 5,26%		
	SF	Manuel : 56/62 = 90,32% Sonde : 28/62 = 45,16% Ballonnet : 1/62 = 1,61% Autre (gym hypopressive, posture, eutonie) : 24/62 = 38,71%		
Reco. ?	MK	Post-p : 46/60 = 76,67% Pré-p : 35/60 = 41,67% Aucune : 14/60 = 23,33%	Pré-p : 33,13%	Petit pourcentage à connaître les « recos » : se renseignent sur le pré-partum.
	Méd	Post-p : 16/19 = 84,21% Pré-p : 3/19 = 15,79% Aucune : 3/19 = 15,79%		
	SF	Post-p : 56/62 = 90,32% Pré-p : 26/62 = 41,94% Aucune : 6/62 = 9,68%		
Prévention ?	MK	Oui : 39/60 = 65% Non : 21/60 = 35%	Oui : 61,23%	Malgré manque de formation, volonté des pros de faire de la prévention.
	Méd	Oui : 6/19 = 31,58% Non : 13/19 = 68,42%		
	SF	Oui : 54/62 = 87,10% Non : 8/62 = 12,90%		
Moyens ?	MK	Info orale : 39/39 = 100% Affiche : 7/39 = 17,95% Schémas : 19/39 = 48,72% Prospectus : 1/39 = 2,56% Séance : 14/39 = 35,90%	Info orale : 100% Affiche : 11,54% Schémas : 30,44% Prospectus : 0,85%	Info orale bcp utilisée. Réalisation/prescription de séance : volonté des praticiens de développer la prévention.

		Autre (pilates, protection périnée) : 3/39 = 7,69%	Séance : 29,48%	Suivent sans doute les études sur le pré-partum. Schémas : apprentissage et prise de conscience.
	Méd	Info orale : 6/6 = 100% Affiche : 0/6 = 0% Prospectus : 0/6 = 0% Prescription : 4/6 = 66,67%	Prescription MK : 52,63% Prescription SF : 57,89%	
	SF	Info orale : 54/54 = 100% Affiche : 9/54 = 16,67% Schémas : 23/54 = 42,59% Prospectus : 0/54 = 0% Séance : 17/54 = 31,48% Autre (respiration, prise de conscience périnée, posture) : 9/54 = 16,67%	Pilates : 2,56%	
Pourquoi non ?	MK	Pense pas : 3/19 = 14,29% Sait pas quoi faire : 8/21 = 38,10% Pas le temps : 0/21 = 0% Pas d'intérêt : 0/21 = 0% Pas formé : 16/21 = 76,19% Autre (pas de demande) : 2/21 = 9,52%	Pense pas : 29,12% Sait pas quoi faire : 31,29% Pas le temps : 18,42% Pas formé : 44,95% Pas de demande : 8,30%	Manque de formation +++ (surtout MK et médecins)
	Méd	Pense pas : 3/13 = 23,08% Sait pas quoi faire : 4/13 = 30,77% Pas le temps : 1/13 = 7,69% Pas d'intérêt : 0/21 = 0% Pas formé : 6/13 = 46,15% Autre (pas de demande et suivi par SF) : 2/13 = 15,38%		
	SF	Pense pas : 4/8 = 50% Sait pas quoi faire : 2/8 = 25% Pas le temps : 4/8 = 50% Pas d'intérêt : 1/8 = 12,50% Pas formé : 1/8 = 12,50%		
Affiches, etc. dans cab ?	MK	Oui : 59/60 = 98,33% Non : 1/60 = 1,67%	Oui : 94,46%	Piste à suivre pour poursuivre ce mémoire
	Méd	Oui : 18/19 = 94,74% Non : 1/19 = 5,26%		
	SF	Oui : 56/62 = 90,32% Non : 6/62 = 9,68%		

NOM : MADEC
PRÉNOM : MÉLANIE

TITRE : ÉTUDE QUALITATIVE DES PRATIQUES ACTUELLES DE PRÉVENTION DES INCONTINENCES URINAIRES LORS DU PRÉ-PARTUM EN FRANCE

Introduction: Pregnancy and childbirth change a woman's body to allow the child to develop and exit the womb naturally. These changes may lead to urinary incontinence, during pregnancy and postpartum. It is essential to be better prepared for childbirth, which is a traumatic marathon for the body. **Methods:** To survey common methods to prevent urinary incontinence in pregnant women, a questionnaire was sent to physiotherapists, doctors and midwives. The aim is to determine what are the current practices of each profession, both on the prescription and on the practice itself. **Results:** Analysis of the results showed that female health professionals are more receptive to partake in this kind of questionnaire. In total, 61,23% of those surveyed use these techniques to prevent pelvic floor disorders in pregnant women, despite an obviously lack of formal education. **Discussion:** In sight of the questionnaires' results, health professionals are aware of the benefits of prevention, but they do not always manage to put in place individual advice, revealing the lack of formal education.

Introduction : La grossesse et l'accouchement changent le corps de la femme pour permettre au fœtus de se développer puis de sortir de l'utérus naturellement. Ces changements, rythmés par une imprégnation hormonale importante, peuvent entraîner des incontinences urinaires aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement. **Méthodes :** Une étude par questionnaire a été réalisée auprès de masseurs-kinésithérapeutes, médecins et sages-femmes. Le but est de réaliser un état des lieux des pratiques actuelles de prévention des incontinences urinaires chez la femme enceinte. **Résultats :** L'analyse des résultats a montré que les professionnels de santé de sexe féminin ont plus largement répondu à cette enquête (91,46%). Au total, 61,23% des 141 professionnels de santé interrogés font de la prévention périnéale prénatale, malgré un manque évident de formation initiale à ce sujet. **Discussion :** Au regard de l'analyse des résultats, les professionnels de santé semblent conscients de l'intérêt de la prévention des troubles du périnée chez les femmes enceintes mais ne parviennent pas toujours à prodiguer des conseils individualisés, soulignant le manque de formation initiale à ce sujet.

Keywords: *prepartum rehabilitation, urinary incontinences, prevention, questionnaire, pregnancy and childbirth*

Mots-clés : *kinésithérapie prénatale, incontinences urinaires, prévention, questionnaire, grossesse et accouchement*

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE BREST
22 avenue Camille Desmoulins – 29238 BREST CEDEX 3
Travail écrit de fin d'études – 2019